

# Mi experiencia de aprendizaje vivida con un caso desgraciado

Irene Martínez Moreno

## R1 de Medicina de Familia (Unidad Docente de Córdoba)

Este es mi primer año de residencia como Médico de Familia, y hasta ahora una cosa que creo es clave y he aprendido es a valorar lo importante que es tener una buena relación con tus pacientes, lo mucho que te facilita todo (y desde luego tu aprendizaje) el hecho de que haya una confianza mutua y un correcto entendimiento. Lo que quiero transmitir en este artículo es una situación clínica que viví como médica, mis impresiones y mi valoración de lo que he aprendido en diferentes escenarios y con distintas personas pero sobre todo gracias a una persona enferma a su familiar que son siempre los que nos hacen que aprendamos si somos capaces de mostrar interés en ellos y en nuestra profesión.

El caso al que me refiero era el de un paciente que acudió por dolor abdominal de casi un año de evolución a la consulta del centro de salud un día que pasaba yo sola la misma. Hago un resumen muy breve del mismo en la caja 1

Caja 1

-Varón, 43 años, dolor abdominal discontinuo, de meses de evolución, sin ningún otro síntoma acompañante. Diabetes tipo 2 en tratamiento con Metformina.-Consulta después con especialista privado, diagnosticándole de hernia hiatal y acude hasta en tres ocasiones a Urgencias, donde se le da de alta tras ser valorado por Cirujano y Digestivo de guardia por dolor abdominal inespecífico.- A la vez viene a nuestra consulta repetidamente con los mismos síntomas abdominales sin encontrar solución alguna (analíticas normales, sintomatología inespecífica). En una de esas consultas, presenta fiebre de 38°C, vómitos y malestar general, descubriendo amigdalitis pultácea, que trato con antibióticos.-Tras hacer una derivación finalmente, se realiza preparación para EDB debutando con un cuadro obstructivo que tras TAC abdominal urgente se llega al diagnóstico de adenocarcinoma de colon.

-En el postoperatorio, presentó deshiscencia de la anastomosis con nueva ilectomía, infección de herida quirúrgica, absceso perianal que requirió drenaje y una colecistitis por cálculos que anteriormente nunca le habían localizado y que le llevó a una colecistectomía.

En realidad lo que a continuación expongo representan los aspectos más significativos vividos por mi en la atención a este paciente y en el aprendizaje subsecuente gracias al mismo y con diferentes personas implicadas en mi formación: tutor, médicos de urgencias, otros especialistas, compañeros de residencia, responsables de la docencia en la Unidad? y en diferentes escenarios: la consulta, la urgencia, la sesión?

### **Mi experiencia con el paciente y el poder de mis prejuicios**

Desde el primer día que trate con el paciente en la consulta, este despertó en mí suspicacia, no me acababa de creer su historia. ¿Por qué? se me puede preguntar...sencilla mente porque no me cuadraba la intensidad de la queja con su evolución. No había nada en la historia clínica del paciente que me demostrara que el tiempo de evolución era ?real?, y no había ningún síntoma de alarma que a mí me hiciera sospechar que el paciente tuviera algo grave. Ahora me doy cuenta de que esto me hizo ponerme en guardia y en lugar de priorizar la validación de esa experiencia del paciente, siempre priorice un conocimiento biomédico que en mi caso aun era muy escaso. Pero a medida que el caso evolucionaba otro de mis errores fue el confiar (y casi como tabla salvadora) más que en la experiencia del paciente en el diagnóstico que dieron sobre él los diferentes especialistas por los que este pobre hombre fue pasando ( Digestivo privado, Cirujano y Digestivo de Urgencias), pues estos no hicieron más que confirmar mi hipótesis de que todo era un efecto secundario de la metformina. Ahora me doy cuenta que ni siquiera me planteé el que pudieran haberse equivocado todos, porque tal vez inconscientemente lo único que yo buscaba eran razones que reforzaran mi teoría, y me cegué por completo?o al menos solo veía lo que quería ver?se puede decir que no tuve la mente muy abierta

## **El aprender medicina en la Urgencia**

Cuando hago esta reflexión me pregunto si tal vez esta forma de pensar que tiene un R1 como yo en este caso, no viene muy determinado por la forma en la que nos enseñan y en la que tenemos que desenvolvernos, si no más frecuentemente, sí con un mayor grado de responsabilidad a la hora de tomar decisiones como es en 'La Urgencia'. ¿Qué pasa aquí?...primero que todo se basa en la existencia o no de pruebas físicas y/o analíticas que nos den los criterios de ingreso..no hay nada más que valga. Esto es algo que nos recalcan siempre y machaconamente los responsables de las urgencias, que son de los que aprendemos en gran medida la medicina, y que, por desgracia más que por suerte, debemos aplicar casi como si de una planilla exacta se tratase con cada uno de los pacientes que vemos en Urgencias. 'No estamos para hacer estudios, sino para detectar patología Urgente?', este podría ser el lema que rige nuestra práctica en Urgencias y en el que no tiene cabida cualquier opinión subjetiva del paciente. Y ahí poco podemos hacer los residentes, especialmente un R1: el volumen de pacientes que se atienden, el poco tiempo con el que se cuenta y la dificultad que siempre encontramos en que el resto de estamentos hospitalarios colaboren en cualquier sospecha diagnóstica (especialmente si el paciente no cumple esos criterios estándares que decía), nos lleva a dificultar mucho cualquier libertad que nos demos en el proceso clínico, es decir cualquier ejercicio de curiosidad o de interés por el paciente necesario para, creo, hacer una buena medicina. Muy pocos radiólogos te hacen una TAC urgente por un dolor abdominal sin síntomas de alarma ni alteraciones analíticas, la mayoría de las veces te indican que lo haga de forma programada su médico de cabecera con la derivación pertinente al servicio especialista. En realidad yo los entiendo, pues si pudiéramos tener una estadística en la que apareciera el tanto por ciento de patología realmente urgente que hay detrás de dolores abdominales inespecíficos que consultan en la puerta de Urgencias, los resultados claramente serían que muy pocos casos son graves. Eso es una realidad con la que tenemos que trabajar, y es imprescindible guiarte por lo más frecuente, pues si con cada paciente que consulta por un dolor como éste de mi caso se le hiciera toda la batería de pruebas para encontrar el diagnóstico, no sería ni eficiente, económicamente hablando, ni eficaz. Pero esto supone un plus de ansiedad en médicos con muy escasa experiencia como es mi caso.

Recapitulando, no quiero decir que esta forma de actuar no sea la más idónea para el ámbito clínico de la urgencia sino que tal vez el problema está en que nos hacemos médicos de familia (e insisto en la trascendencia de este 'empezar la residencia?') priorizando una forma de razonar que es más útil para resolver problemas en urgencias, adquirimos pues esta forma de pensar más propia de la urgencia porque es aquí donde realmente se nos obliga de una manera más directa a asumir responsabilidades. Lo que creo ahora es que esto debería compensarse con una enseñanza en la forma de abordar los problemas desde la perspectiva de la consulta en atención primaria que compense esto y para ello creo que el papel del tutor de atención primaria es clave, pero también lo es el que asumamos esa responsabilidad asistencial desde el mismo inicio de la residencia.

## **La enseñanza de la medicina defensiva**

Si lo anterior es cierto también tenemos que reconocer que en la urgencia estamos envueltos en el halo de la medicina defensiva, de modo y manera que si un especialista te escribe en su hoja de consulta que 'no detecta patología urgente?', te quedas respirando tranquilidad, porque aunque pase algo tú ya no vas a tener la culpa, es decir 'a ti no te va a pasar nada malo?'. Esta espada de Damocles es perversa para liberar tu mente y aprender. Pensar así, desde mi punto de vista, es algo irreal, falso y sobre todo de poca conciencia médica (quiero decir muy 'antiprofesional?'): no podemos actuar sólo en base a que me puedan o no meter en la cárcel, sino que nuestra actuación con los pacientes debería ser mucho más humana de lo que es. Sé que, como he dicho antes, las malas condiciones de trabajo en las que nos encontramos favorecen mucho el crecimiento de este sentimiento defensivo entre los profesionales de las Urgencias, pero esto en el fondo marca nuestro aprendizaje en lo más profundo del mismo?en el de los valores. Todos los días se da el caso del paciente que acaba 'peloteado' de un especialista a otro, sin que nadie se haga cargo de él, y que se eterniza en Urgencias esperando que alguien le dé una solución a su problema. ¿Y si fuera un familiar nuestro? Seguro que la actitud cambiaría radicalmente?

Creo que este problema como decía antes es una bomba de relojería 'es decir algo que nos explotará probablemente dentro de 6, 10, 15 años de ejercicio y mientras tanto nos hará sentirnos quemados, hastiados de nuestro trabajo cotidiano?nos evitará a lo largo de estos años que disfrutemos con él y creo que este problema es lo que está detrás de esa desafortunada visión que tienen muchos médicos de ver a los pacientes como 'enemigos?.

## **Frustración y humildad**

La sensación que experimenté el día que me trajo el diagnóstico a consulta fue de total desolación: mi paciente tenía un CANCER DE COLÓN CON SÓLO 43 AÑOS? (Que mala médica había sido? ;Ni siquiera me lo planteé entre mis diagnósticos diferenciales!!)?pero? ;ni cumplía criterios!!, ni presentaba ningún síntoma añadido que me hubieran hecho saltar la intuición de que algo malo le pasaba realmente?pero para tener esa intuición creo que hace falta haber tenido experiencias?

Toda la frustración que su esposa volcó en mí ese día, no hizo más que poner a la defensiva mi subconsciente que sólo quería

justificar que yo lo había hecho bien (¿mecanismo de defensa?). Menos mal que conté con el apoyo y experiencia de mi tutor que rápidamente asumió los errores cometidos, no sólo por nuestra parte, sino que asumió todos los errores que el propio sistema generó. Y eso me impresionó, y me ayudó a reflexionar lo importante que en nuestra profesión es SER HUMILDES, porque somos falibles como cualquier otra persona, y para el paciente es muy importante que eso se asuma. De hecho, la actitud de la mujer cambió por completo a raíz de ahí.

Esta actitud de mi tutor contrapesa esa actitud defensiva de la que antes hablaba y como he dicho realza ante mi el valor de un médico?el médico que asume errores

### **Aprovechar la experiencia para profundizar en el aprendizaje**

En la Unidad Docente todos los residentes exponemos casos dos días a la semana a lo largo de todo el año. Es la oportunidad que tenemos para ejercitarnos en esta tarea pero también por la estructura de estas sesiones, su enfoque, para sacar más de la experiencia vivida con los casos que aportamos. Hechos como exponer el caso en la sesión clínica, pero también por reflexionar sistemáticamente con lo que se llama el portafolio ( que tanto trabajo me cuesta? y que tan poca utilidad le veo en ocasiones?), y haber compartido mi experiencia con mi tutor, me han servido para darme cuenta de los aspectos a mejorar, pero sobretodo y en la situación en la que me encontraba después del ?desgraciado caso?, lo que más necesitaba era darme cuenta de que también hice muchas cosas bien, y que eso es un aspecto muy relevante en este tiempo de formación: QUE TAMBIÉN HACEMOS COSAS BIEN AUNQUE SOLO SEAMOS R1. Así, puedo decir que le dediqué mucho tiempo a este paciente, lo historié de manera profunda e hice la exploración pertinente, lo cité para seguimiento, lo atendí siempre que vino incluso sin cita, y nunca verbalicé ni expresé corporalmente la desconfianza que generaban en mí. Esto me consuela y me da ánimos y realmente tengo que decir que esas situaciones docentes forzaron el que yo fuese consciente de esos aspectos positivos.

La sesión clínica la esperaba con mucho nerviosismo, porque me preocupaba no ser capaz de hacer llegar a los compañeros cómo me sentí con todo este caso? También era mi primera actuación pública y tenía miedo de fallar, de no dar lo que esperaban de mí los formadores, que pasara como otro caso más sin que pudiera conseguir transmitir (y que interiorizaran) lo profundo de todo el proceso que yo experimenté. También me imponía el momento en que debían decirme que cosas hubieran hecho mejor o de manera diferente, porque pensaba que podía darse el caso de sentirme machacada psicológicamente y que surgieran muchos matices en los que yo ni siquiera hubiese pensado. Pero el resultado fue estupendo: los compañeros y docentes me transmitieron las cosas a mejorar con mucha claridad, y valorando sobretodo lo que había hecho bien, lo cual me motiva a enfrentarme a la siguiente sesión con mucho menos miedo.

Con respecto a la reflexión reglada que debemos hacer dentro del llamado ?portafolio del residente?, tengo que decir que es esta una tarea áspera y ruda, que no me gusta para nada realizar, pues nunca le había visto ningún provecho: veía que era una pérdida de tiempo andar pasando indicadores a cada tarea que tenía que realizar, veía que muchas veces la reflexión no era tan profunda como se nos pide que sea, y que no se me ocurrían argumentos de cómo mejorar que no se salieran de lo típico ( hacer cursos, talleres, con los rotatorios,?) La mayoría de las ocasiones lo hacemos como un repetir sin sentido que aburre más que enriquece. Pero en este caso, gracias a este ?incidente crítico?, sí que me ayudó a hacer consciente todas esas cosas que se quedaron flotando alrededor del caso y que me habría gustado identificar claramente para mejorar; también las cosas que hice bien desde luego y que quizás no le había dado la relevancia adecuada. Sólo en este tipo de casos veo que sí que es útil el portafolio, porque son situaciones que te tocan directamente, que las has vivido cara a cara, que son de tu propia experiencia personal y de tu relación médica con un paciente, en fin, que son realmente significativas para una. En el resto de tareas (análisis de cupo, investigación, cursos, etc) sigo por ahora sin verle mucho sentido.

Por todo esto, he de decir que, a pesar del desenlace clínico tan funesto, estoy contenta con mi actuación, y con la ayuda que he recibido para la reflexión, pero sobre todo agradezco a ese paciente y a su familiar que sin saberlo ellos iniciaron este proceso de reflexión y aprendizaje. Supongo que a lo largo de mi futura carrera me encontraré con otras experiencias amargas de las que espero ahora aprender mejor.