

Error en la exploración de la dolencia*



Lila Dupuy

Universidad Maimónides (Buenos Aires)

(*) Al final de este caso aparece un comentario al mismo : ?La necesaria exploración de las expectativas del paciente? de José R Loayssa

Elegí este caso para escribir porque reflexionando acerca del desenlace, me pareció descubrir dónde estaba el error.

Lunes por la tarde, volviendo a mi casa, con el carrito de hacer las compras repleto y mis dos hijitos a cada tomados de la mano, recibí el siguiente llamado:

- Hola, ¿la Dra. Lila?

- Sí, soy yo, ¿quién es?

- Soy Fernando, tu paciente de Pasteur, hace un mes me hice el chequeo con vos.

- Sí, sé quién sos (desde hace un par de años veo a él y a su esposa, más que nada para un chequeo que solicita la empresa donde uno de ellos trabaja).

- Perdoná que te moleste, pero me siento muy mal y no sabía a quien acudir... Estoy realmente cansado, al punto que tuve que suspender toda la actividad física que hago y apenas me alcanza para ir a trabajar. Además tuve 38.5 de temperatura ayer. Hoy ya no tengo más fiebre. Es necesario que vaya hoy a la guardia... o te veo mañana, porque no estoy yendo al trabajo. ¡Si atendés en otro consultorio puedo ir!

(Le pedí que me de más detalles) y dado que el único síntoma era el cansancio y que incluso ayer había jugado al fútbol menos de lo habitual pero había jugado igual, le sugerí que siguiéramos en comunicación, con pautas de alarma y guía anticipatoria. Como yo tenía consultorio el miércoles le pedí, que salvo que se sintiera totalmente repuesto, fuera a verme.

En los días subsiguientes lo vi dos veces en los cuales realicé el examen físico, pedí laboratorio y acompañé mientras tratábamos de aclarar el diagnóstico. Me contó que lo asustaba porque nunca se había sentido tan cansado y que quería que le hiciera un examen completo.

Como único hallazgo, observé una lesión blanquecina en el carrillo derecho a la altura del segundo molar. Había sido estudiado por esa misma lesión con una solicitud de biopsia que había quedado pendiente. A la par que investigaba la astenia le pedí que fuera a ver al estomatólogo.

Los resultados del laboratorio fueron todos normales a excepción de IgG elevada para mononucleosis con IgM negativo, así que volví a insistir con el estomatólogo.

Habiendo pasado dos semanas sin recibir noticias me puse en contacto telefónicamente con él y me contó que había ido a ver a la infectóloga que le dijo que había sido una mononucleosis. Le pregunté por el estomatólogo pero no había ido. En la historia clínica informatizada quedó registrada la consulta con la infectóloga que refería que el diagnóstico de mononucleosis no era concluyente pero que dado que los síntomas aliviaron no veía la necesidad de repetir los estudios.

Reflexión:

El modelo clínico centrado en el paciente (MCCP) propone la exploración conjunta de la dolencia y la enfermedad.

En lo que se refiere a la **exploración de la enfermedad**, hay coincidencia entre la evaluación realizada por mí y por la infectóloga. En ambas consultas se llegó a la misma conclusión respecto al diagnóstico, empleando los mismos medios diagnósticos y proponiendo el mismo manejo.

La **exploración de la dolencia** no consta en la evaluación realizada por la infectóloga. En el caso de la médica generalista podríamos diagramarla de la siguiente manera

Ideas: expresó una amplia gama de posibilidades diagnósticas.

Sentimientos: temor expresado con ansiedad.

Expectativas: realizarse un examen completo, que incluía el examen físico exhaustivo y análisis de sangre. Si bien éste último no fue aclarado a priori, cuando le expliqué cuál iba a ser mi conducta se manifestó de acuerdo.

Impacto en el funcionamiento cotidiano: faltó al trabajo, dejó de ir a fútbol un par de días y otros disminuyó su rendimiento.

¿Por qué digo que hubo un error en la exploración de la dolencia?

La exploración conjunta de la dolencia y la enfermedad es uno de los seis campos propuestos por Moira Setwart y Ian Mc Whinney cuando propusieron el modelo clínico centrado en el paciente (recomiendo una versión en castellano bastante sintética escrita por Mirta Sáez en archivos.famfyg.org ? [Inicio](#) ? [Vol 5, No 1 \(2008\)](#)). El modelo propone un esquema para indagar en la complejidad de la persona que consulta desde una perspectiva biopsicosocial. Por lo tanto, es fundamental conocer aquello que el paciente piensa sobre lo que padece. Cuando los autores hablan de la exploración conjunta de la dolencia y la enfermedad proponen que se jerarquice tanto el diagnóstico nosológico clásico así como el modo personal de vivir y experimentar el problema de salud que tiene el paciente. A éste último lo denominaron dolencia y para que la evaluación fuera ordenada y tuviera un método preciso se dividieron áreas como: los sentimientos asociados, las creencias o ideas que tiene acerca de lo que le sucede, la forma en la que espera ser estudiado/tratado/atendido y el impacto que tiene el problema en su vida cotidiana.

La reflexión luego de la acción permite reevaluar acciones tanto propias como ajenas y las relaciones posibles entre nuestros actos y las de los pacientes. En este caso, también el modelo (MCCP) ofrece un área para trabajar: propongo pensar al modelo como lente y revisar la situación presentada como una película hecha de fotogramas. Desde esta posición, podemos pensar que el análisis de la dolencia que presenté fue el inicial. El de la primera foto. Pero no tuve en cuenta, que luego de ser estudiado, Fernando ya no era el mismo paciente. Se había transformado en un paciente que fue estudiado por presentar una astenia y cuyos resultados no revelaron ningún diagnóstico que pudiera explicar lo que le pasaba (al menos del modo en el que yo se lo dije).

Primer fotograma = ¿tengo un cansancio diferente? + ¿quiero que me hagan un examen completo?

Segundo fotograma = ¿tengo un cansancio diferente? que está cediendo + ¿examen completo? no develó respuestas contundentes

Del primer fotograma extraemos la exploración conjunta de la dolencia y la enfermedad, aunque no se visualizó la necesidad de poner nombre como algo fundamental para el paciente. Más importante aún que ir al estomatólogo para ver una lesión que no

consideraba como problema.

El segundo fotograma se centra en una enfermedad que va cediendo pero que no lo hace de la mano de la dolencia. La astenia disminuye pero el paciente sigue sin entender qué es lo que está sucediendo y busca otro profesional. Mi respuesta desde la incertidumbre y la expresión del diagnóstico más probable no calmó su necesidad de nominar su padecimiento. Otro profesional fue el que lo hizo.

Comentario al caso:

La necesaria exploración de las expectativas del paciente.

José R Loayssa (Doctutor)

El relato que nos presenta nuestra compañera Liliana es especialmente interesante porque describe una situación habitual de forma muy gráfica: Un encuentro que resulta frustrante no por errores o falta de competencia clínica del profesional, sino porque se han ignorado las expectativas del paciente. Sin embargo aparente o formalmente esto no parece que haya sido así, ya que la médica parece interesarse por sus expectativas y trabajar sobre ellas. Tal vez el problema sea en este caso la forma (y la medida) en la que podríamos explorarlas: ¿hasta que punto esas expectativas están exploradas con la profundidad adecuada y en los momentos oportunos? Porque un problema adicional es que esas expectativas no son algo estático, sino algo que surge en un momento y son de unos contenidos determinados, pero que poco después o a medida que *avanza la película*? (los fotogramas en la terminología de Lila) estas pueden cambiar, lo que siempre puede dejar incompleto el trabajo del clínico a la vez que añadir a este una frustración inevitable y seguramente irresoluble, porque en sí misma ese ejercicio de la *atención centrada en la persona* en todo momento, es decir en la continuidad temporal que supone el desarrollo de una dolencia y en todo lugar, esto es, incluso fuera del ámbito físico de la consulta, es sencillamente inabarcable.

Se ha señalado una y otra vez que el método psicosocial es ignorado por los médicos que se concentran en la dimensión biológica del enfermar. Esta actitud está en línea con los resultados de estudios que ponen de manifiesto la dificultad que el modelo biopsicosocial tiene para ser adoptado en la práctica por la mayoría de los médicos y la importancia que se otorga al contenido puramente clínico-biológico en la actividad médica (A Banerjee y D Sanyal, 2012)

Específicamente se ha señalado que la exploración de expectativas, preocupaciones y sentimientos del paciente no son exploradas de forma habitual a pesar de que obtener la perspectiva del paciente es señalada en la literatura como decisiva (Haidet P y Paterniti DA, 2003)

La falta de exploración por parte de los médicos de las preferencias y expectativas de los pacientes, probablemente, esté basado en su idea de que estos los conocen lo suficientemente bien para no tener que hacerlo explícitamente. Esta presunción no está justificada (y puede conducir a malentendidos en terrenos con consecuencias potencialmente graves, como es la utilización de fármacos (Britten et al., 2000). Sería conveniente insistir en la necesidad de que el médico de familia compruebe las atribuciones que ha hecho sobre los deseos y necesidades del paciente. Es cierto que algunos profesionales contrarrestan esta falta de exploración directa con una actitud de escucha y de facilitación de la verbalización pero esta alternativa no ofrece garantías suficientes. Quizás la clave sea tener el suficiente nivel de activación para detectar cuando el paciente emite señales que pueden interpretarse como que sus ideas e expectativas están al margen del discurrir de la consulta. Esta infravaloración de la necesidad de identificar las ideas previas, preocupaciones y sentimientos de paciente contrasta con el hecho de que estos se hayan presentes en casi todos los pacientes, no solamente en los que padecen cuadro potencialmente graves (McCormick KM, et al 2006), sino incluso en aquellos con cuadros leves (Barsky AJ, 1981) y (Gerdes EP y Guidi EJ 1987).

Las razones para esta actitud son complejas. La educación médica no favorece adentrarse en terrenos *arriesgados*? y la propia rutina de la anamnesis y exploración clínica se convierte en algo automático y no reflexivo. La *incursión*? en lo subjetivo queda reservada para la mayoría de los médicos para consultas dominadas por dramas o con pacientes especiales, muchas veces además se lleva a cabo de una forma que no responde a las verdaderas necesidades del paciente.

Ya hemos señalado como en el caso que nos ocupa, la médica protagonista del relato se esfuerza por indagar las expectativas del paciente y que en gran medida la naturaleza cambiante de estas más allá de los ámbitos del encuentro clínico hacen difícil por no decir imposible su total atención y previsión. Sin embargo hay que buscar una explicación complementaria *subsancable*?, esto es para que ayude a la mejora de la práctica clínica. Ese es el espíritu con el que la Dra Dupuy nos presenta el caso, en el que trata de buscar *donde estuvo el error*?. El propio hecho de que escriba el relato indica su sensibilidad hacia lo *psicológico*? y su compromiso profesional. Es necesario reconocer que si bien la orientación biológica se puede sostener en automatismos y rutinas mantener una perspectiva biopsicosocial depende de una actitud activa de atención, de adoptar una posición de *presencia plena*? (*mindfulness*). Pero el médico necesita poder en muchos momentos actuar *sin pensar*?, como si solamente fuera un proceso biológico y desprovisto de contenidos latentes en el plano subjetivo y emocional. Esta conducta es válida y sobre todo eficiente en

muchas ocasiones, pero en otras sin embargo está abocada al fracaso (Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J, 2009). Como hemos dicho la ausencia de señales de alarma y la aparente "racionalidad" del paciente del caso que aporta la Dra Dupuy ha contribuido seguramente de forma decisiva a que ella no fuera capaz de identificar las expectativas no manifestadas explícitamente por el paciente, en concreto tal vez su necesidad de un diagnóstico específico, una expectativa que está lejos de ser infrecuente entre los médicos como demuestra el uso de términos diagnósticos que solo tienen la función de dar al paciente un nombre para definir su trastorno, y las dificultades que tienen los médicos en aquellas ocasiones en las que los síntomas del paciente no siguen un patrón conocido y se presentan como "inexplicables".

Referencias

- Amitav Banerjee, Debmitra Sanyal. Dynamics of doctor-patient relationship: A cross-sectional study on concordance, trust, and patient enablement. *J Family Community Med.* 2012 Jan-Apr; 19(1): 12-19. doi: 10.4103/2230-8229.94006
- Haidet P, Paterniti DA. "Building" a History Rather Than "Taking" One. : A Perspective on Information Sharing During the Medical Interview. Copyright 2003 American Medical Association. All Rights Reserved. Applicable FARS/DFARS Restrictions Apply to Government Use. More Author Information
Arch Intern Med 2003;163:1134- 1140.
- Nicky Britten, Fiona A Stevenson, Christine A Barry, Nick Barber, Colin P Bradley. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study *BMJ.* 2000; 320: 484-488.
- McCormick KM, Naimark BJ, Tate RB. Uncertainty, symptom distress, anxiety, and functional status in patients awaiting coronary artery bypass surgery. *Heart Lung.* 2006;35(1):34-45.
- Barsky AJ (1981). Hidden reasons some patients visit Doctors. *Ann Intern Med*; 94:492-498. Brody DS, Miller SM (1986). Illness onset and recovery from URI. *Medical Care* 1986; 24: 742-8
- Gerdes EP y Guidi EJ (1987). Anxiety y patients awaiting Primary Care. *Medical Care*; 25: 913-923.
- Loayssa Lara JR, Ruiz Moral R, García Campayo J. Por qué algunos médicos se vuelven poco éticos (¿malvados?) con sus pacientes?. *Aten Primaria.* 2009;41:646-649. doi:10.1016/j.aprim.2009.01.005.