



ARTÍCULO ESPECIAL

«¿Para qué auscultarle si le voy a pedir una TAC?» y otras perversiones en la práctica clínica diaria del siglo XXI. Defensa de la historia clínica para aspirar a la excelencia profesional

Goizalde Solano-Iturri^{a,b,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Basurto, Bilbao, Vizcaya, España

^b Departamento de Medicina, Universidad del País Vasco (UPV/EHU), Bilbao, España

Recibido el 2 de julio de 2018; aceptado el 1 de mayo de 2019

Disponible en Internet el 3 de julio de 2019

PALABRAS CLAVE

Historia clínica;
Excelencia
profesional

KEYWORDS

Clinical history;
Professional
excellence

Resumen Exponemos a continuación 12 casos en los que la realización de una historia clínica y una exploración física detalladas son clave para obtener una planificación diagnóstico-terapéutica óptima que permita una asistencia de calidad. Por otro lado, consideramos la educación en valores centrada en el paciente como otro de los objetivos primordiales a transmitir en facultades y hospitales universitarios. Este artículo, basado en casos reales debidamente anonimizados, pretende aportar pequeñas pinceladas al respecto, esperando resulten de utilidad.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**“Why auscultate a patient if i will ask for a CAT?” and other deviations
in 21st century daily clinical practice. In defence of clinical history to aspire
to professional excellence**

Abstract A presentation is made of 12 cases that have a full and detailed clinical history and physical examination, which are essential for obtaining optimal diagnostic-therapeutic planning for quality care. Furthermore, education in values focused on the patient is considered as another of the essential objectives to be transmitted in university faculties and hospitals. This article, based on anonymised real cases, aims to provide small brushstrokes in this regard, hoping that they will be useful.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: goizalnaz@gmail.com

Introducción

El conocimiento debe situarse en un contexto vivo. Observar el medio donde desarrollamos nuestra labor permite dotarnos de recursos cuya utilización adecuada conduce a la generación de conocimientos.

Es necesario un cambio o, al menos, un ajuste en el modo de establecer la relación médico-enfermo de la mano de caras nuevas o, al menos, renovadas.

Nuestra capacidad para esta relación, ¿es innata o podemos actualizarla mediante su aprendizaje tras llevar a nuestras espaldas años de ejercicio profesional? Esta cuestión tiene un evidente significado evolutivo, cuyo resultado actual es, por lo general, decepcionante; su realidad abre las puertas a la manipulación y la artificiosidad de la mercadotecnia, incluida la que se refiere a la relación clínica.

Lo importante, pese a ello, es evolucionar siendo profesionales que en su relación con los asistidos sepan a dónde van, con unos motivos concretos y un programa. Al respecto, la Neurociencia en general, y la Neuroética en particular, dan pistas al optimismo, siendo necesario vacunarse contra la indiferencia.

Desde mediados del siglo pasado, se distinguen 2 perfiles cognitivos: el gestor y el emocional. El primero se focaliza en la solución de problemas concretos, decidiendo y controlando acciones; el segundo se compromete más en generar conciencia emocional y social, tomando decisiones éticas, siendo más creativo por una mayor apertura mental¹.

Al respecto se han definido 2 redes neuronales separadas y diferenciadas en la corteza cerebral. La primera implica áreas prefrontales, sustrato de los procesos racionales, mientras que la segunda es rica en conexiones límbicas involucradas en la respuesta emocional. Estamos ante la eterna dicotomía razón-emoción y el problema es que ambas redes se inhiben de forma recíproca, lo que dificulta que una persona aúne con intensidad ambas características, aunque lo importante es que estas habilidades están ligadas a conexiones próximas y pueden modificarse mediante técnicas de aprendizaje que educan y modelan el cerebro creando nuevas conexiones^{2,3}.

Lo principal es tener la capacidad de saltar de un perfil a otro de modo más rápido en el momento oportuno y adecuado: pasar en un clic del estado emocional y carismático al ejecutivo y analítico. El éxito depende de alternar ambos perfiles para adaptarse a los nuevos contextos que aparecen en la relación clínica actual. No solo es cuestión de calidad; también influye la cantidad¹, incluido el tiempo de dedicación a cada uno de los perfiles que debe ser reequilibrado.

La primera tarea consiste en optar por el modelo profesional a desarrollar centrándolo: ¿en la enfermedad?, ¿de la enfermedad al proceso?, ¿del proceso al enfermo?, o ¿del enfermo a la persona? Tras presentar los siguientes casos clínicos, me refiero a este último modelo centrado en el tránsito del enfermo a la persona, con vistas a aportar mi experiencia y reconsiderar sobre cómo establecer las bases de una relación clínica en la actualidad.

Pacientes y método

Se seleccionó a 12 pacientes mostrando la observación reflexiva desarrollada tras asistencia clínica en una sala de

hospitalización del Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Basurto durante 3 meses consecutivos. El Servicio de Medicina Interna del referido hospital cuenta con 2 salas de hospitalización de 20 camas. El Hospital Universitario de Basurto es de nivel terciario, con una dotación de 733 camas; atiende al área sanitaria de Bilbao, cuya población de referencia es de 345.110 habitantes.

El método cualitativo empleado es el denominado «investigación-acción-participante»^{4,5}, a través de la técnica de observación, cumpliendo los siguientes requisitos: considerar al observador como un agente de cambio social, que se inserta en el entorno que está estudiando y que mantiene un modelo relacional y dialógico con las personas observadas. Esta metodología, utilizada habitualmente en las investigaciones científicas básicas y aplicadas de las Ciencias Sociales, no sigue unos protocolos establecidos, sino que describe los acontecimientos y las interacciones de las personas (citando textualmente lo que dicen o hacen), incorpora la vivencia de la persona que observa y recoge las conversaciones con las personas que intervienen, evitando un orden rígido en el proceso de observación, para así obtener una opinión no condicionada del comportamiento. El sesgo que conlleva el riesgo derivado de la posible falta de neutralidad del observador se elimina porque al desarrollarse el trabajo asistencial en equipo (médicos, diplomados en enfermería y trabajadora social cuando se estimó necesario), se contrastan y recogen las opiniones de todos sus miembros, con lo que la realidad se ve desde diferentes perspectivas; es lo que en metodología cualitativa se denomina «triangulación», criterio de calidad imprescindible en este tipo de trabajos.

Resultados

Caso 1: Tomasa, 57 años. Ingresó por mareo inespecífico, sudoración, décimas de fiebre y molestias leves en zona lumbar derecha. Obesa, con artrosis generalizada, bebía habitualmente un vaso de vino en las comidas, se encontraba desempleada y vivía con su nueva pareja desde que enviudó 5 años antes. En la exploración física presentó dismorfia corporal con vello facial llamativo y deficiente higiene. Como antecedentes familiares, su madre era esquizofrénica, su padre falleció por hepatopatía y 2 hermanos eran usuarios de fármacos por vía parenteral. Ingresó por dolor abdominal inespecífico. En las pruebas complementarias iniciales, incluyendo serologías para enfermedades de transmisión sexual (ETS), no se objetivaron alteraciones, salvo detección de fenciclidina («polvo de ángel») en orina. Se insistió a la paciente en consumo de tóxicos, pero salvo el vino con las comidas, lo negó reiteradamente. Revalorado el caso y, tras revisión bibliográfica exhaustiva, el tramadol (fármaco que tomaba la paciente de forma mantenida para sus dolores osteoarticulares) está descrito como uno de los medicamentos que puede generar falsos positivos a fenciclidina. Tras suspender el mismo, se negativizaron los valores del tóxico. El diagnóstico final fue apendicitis retrocecal perforada.

Caso 2: Ramón, 48 años. Fumador de 20 paquetes-año. Tras 2 episodios de infección urinaria correctamente tratada, consultó por hematuria intermitente y dolor lumbar. Se realizó una TAC abdomino-pélvica donde se objetivó tumoración renal, anatomopatológicamente compatible con

carcinoma urotelial de pelvis renal. Al informarle del diagnóstico, desarrolló un síndrome ansioso reactivo, con un gran sentimiento de culpa, ya que había realizado múltiples intentos por suspender su hábito tabáquico sin éxito, y conocía los efectos cancerígenos del mismo, a raíz de la experiencia personal de un amigo fumador que falleció por carcinoma epidermoide de pulmón a edad temprana. En este sentido, su médico de familia realizó una prevención primaria desde una perspectiva paternalista, empleando el recurso de la coacción/amenaza: «*como no dejes de fumar cualquier día te entra un cáncer, tú veras*» (sic). El día del alta hospitalaria, el paciente manifestó a la enfermera que «*tengo ganas de empezar el tratamiento cuanto antes para curarme, porque vaya racha que llevamos en la familia...*» (sic). A raíz de este comentario, se indagó en esta línea, obteniéndose el siguiente genograma: hermana diagnosticada a los 44 de adenocarcinoma de endometrio (ACE), padre fallecido por adenocarcinoma de colon (ACC) a los 60 años; por vía paterna, abuelo y un tío fallecidos por ACC, otro tío fallecido por glioblastoma multiforme y 2 tías vivas diagnosticadas de ACE. El diagnóstico final fue síndrome de Lynch, confirmado mediante estudio genético familiar.

Caso 3: Purificación, 86 años. Ingresó por astenia y artralgias generalizadas de predominio en extremidades superiores de varios meses de evolución. Hernia de hiato y cataratas intervenidas como antecedentes médicos relevantes. Vivía con su marido y realizaba vida activa (trabajaba la huerta). Se solicitaron marcadores de enfermedad autoinmune sistémica, resultando los anticuerpos antinucleares positivos. Un miembro del equipo con escasa experiencia laboral mostró su «entusiasmo» ante la posibilidad de que se tratase de un caso de lupus eritematoso pero, ante la positividad de los anticuerpos para la sífilis, se consideró la alteración en las pruebas de autoinmunidad como una reacción cruzada con lúes en el pasado, situación ampliamente descrita con anterioridad en la literatura. Se rehistorió a la paciente (previamente no se preguntó por riesgo de ETS) y relató episodio de sífilis primaria tratada con penicilina 30 años antes pero, «*como no me preguntasteis, no os lo conté*» (sic). El diagnóstico final fue espondiloartrosis generalizada con estenosis de canal cervical y atrapamiento del nervio mediano bilateral.

Caso 4: Antonio, 67 años. Ingresó por fiebre y diarrea aguda, siendo diagnosticado de ileocolitis por *Salmonella enteritidis*, tras ingesta de sándwich con mayonesa en probable mal estado. Presentaba desde 3 años antes miocardiopatía isquémica-dilatada muy severa, portando varios stents, marcapasos cardíaco y desfibrilador automático implantable, enfermedad secundaria a tabaquismo severo en el pasado, hipertensión arterial y diabetes. Durante dicho ingreso mostró preocupación cuasiobsesiva por la sueroterapia y la alimentación que se le suministraba. No presentaba psicopatología previa. Preguntado al respecto, refirió que presentó 2 años antes episodio de edema agudo de pulmón, que requirió ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos, desencadenado tras la ingesta de un bocadillo de anchoas en salazón (2 latas) y de casi 3 litros de agua porque «*no pensaba yo que la sal de las anchoas era para tanto...*» (sic).

Caso 5: Elena, 61 años. Dependiente, con antecedente de tiroiditis de Hashimoto y una hermana con lupus eritematoso sistémico. Fue derivada a consultas de medicina interna por elevación de transaminasas y lesiones cutáneas

inespecíficas a estudio, para descartar hepatopatía autoinmune. La conversación de la médico con la paciente fue la siguiente:

- ¿Bebe alcohol?
- No mucho, lo normal diría yo.
- ¿Y qué es lo normal?
- Pues no sé... un par de vinos al mediodía cuando saco a pasear al perro y 2 o 3 por la tarde con mi marido cuando cerramos la mercería.
- ¿Y en las comidas toma vino también?
- Un vaso, o 2, depende.
- ¿Copas o combinados no tomará después?
- ¡Qué dice doctora! Gintonics solo un par de ellos los fines de semana en el txoko^a con los amigos.

Los diagnósticos definitivos fueron cirrosis hepática tóxica (alcohólica) con hipertensión portal y dermatitis seborreica.

Caso 6: Marisa, 84 años. Sin antecedentes médicos significativos, con vida activa, enfermera jubilada, divorciada. Tras 2 meses de ingreso por un cuadro clínico complejo, requiriendo realización de múltiples pruebas (análisis, TAC, endoscopias etc.) y valoración por diversos especialistas (9 en total), fue diagnosticada de enfermedad de Still del adulto, cumpliendo 6 criterios de Yamaguchi⁶ (todos los mayores), con ferritina sérica elevada (5.492 mg/dl) y ferritina glucosilada disminuida (14%). A pesar de varias complicaciones (pancreatitis poscolangiopancreatografía retrógrada endoscópica, fibrilación auricular, hemorragia digestiva alta por ulceración yeyunal), presentó buena evolución, por lo que se procedió a su alta hospitalaria con tratamiento médico activo (corticoides, anticoagulación) y rehabilitador (3 sesiones semanales en gimnasio) porque la paciente expresó que «*quiero ir a por todas*» (sic), a pesar de conocer su pronóstico y potenciales complicaciones. Antes de marcharse remitió copia del documento de voluntades anticipadas (que había entregado a sus hijos el día de Navidad 4 años antes) «*por si las cosas se pusieran feas*» (sic). Reingresó un mes después por fiebre, en el contexto de bacteriemia por *Listeria monocytogenes* y colitis pseudomembranosa por *Clostridium difficile*. Tras 2 semanas de tratamiento específico, presentó caquexia, atrofas musculares, encamamiento progresivo e inicio de úlceras por presión en ambos talones. Sus funciones cognitivas se mantuvieron íntegras en todo momento, con un nivel de competencia máximo (Drane 3)⁷. Manifestó entonces que «*he estado pensándolo mucho y he decidido que voy a tirar la toalla*» (sic). La familia comprendió y respetó su decisión, ya que tenían pleno conocimiento de su historia biográfica. Tras entrevistas periódicas con la paciente, se reafirmó en su derecho a rechazo del tratamiento por lo que, una vez que se despidió de su familia (un hijo tuvo que viajar desde el extranjero), se procedió a adecuación del esfuerzo terapéutico, falleciendo.

Caso 7: Javier, 39 años. Ejecutivo en una empresa de marketing, sin antecedentes médicos de interés, que se encuentra de viaje de novios con su mujer. Consulta

^a Txoko o sociedad gastronómica: lugar donde se reúnen los vascos para darse pantagruélicos homenajes gastronómicos.

por dolor precordial opresivo, náuseas y sudoración. El electrocardiograma presenta alteraciones difusas de la repolarización. La conversación entre médico y paciente fue la que sigue:

- ¿Tiene usted antecedentes en su familia de infarto, angina de pecho?
- Mi abuelo se murió de infarto, sí, pero muy mayor, con 85 años.
- ¿Fuma o bebe alcohol habitualmente?
- Una cerveza o 2 los sábados con los amigos como mucho. Nunca he fumado.
- ¿Más estresado por algún motivo?
- La verdad que no...
- No me refiero a hoy... sino de un tiempo a esta parte, las últimas semanas, por ejemplo.
- Hasta hace 2 semanas tuvimos mucha tensión en la oficina hasta que aprobamos los presupuestos del último proyecto de la empresa.
- Mire... no es por meterme en su vida pero esto podría ser importante para su salud: ¿ha tomado fármacos?
- (Silencio) Esnifo cocaína cuando tengo épocas con sobrecarga de trabajo, para poder seguir el ritmo... Pero no se lo diga a mi mujer, por favor.

Diagnóstico: síndrome coronario agudo sin elevación del ST por consumo de cocaína.

Caso 8: Osvaldo, 27 años. De origen latinoamericano, trabaja en seguridad (portero de discoteca). Primer contacto con el sistema sanitario en nuestro país. Acudió a consulta traído por su mujer, preocupada porque presentaba epistaxis recurrentes y le notaba muy cansado. Se objetivó probable rotura de tabique nasal a la exploración física. El paciente, a solas en la consulta con el médico, negó reiteradamente hábitos tóxicos o riesgo de ETS. A pesar de la reticencia del médico a estudiarle, ya que lo consideró inicialmente un mentiroso patológico, tras historia clínica y exploración física detalladas concluyó en diagnosticarlo de granulomatosis de Wegener, confirmada analíticamente con ANCA positivos y radiológicamente con nódulos cavitados pulmonares.

Caso 9: José Luis, 58 años. Obeso, diabético e hipertenso, que acudió al hospital por dolor epigástrico de 2 h de evolución, irradiado de forma difusa a tórax tras celebración familiar, con náuseas, vómitos, sudoración y malestar general, junto con 2 deposiciones diarreas asociadas. En la exploración presentó febrícula y glucemia capilar de 450 mg/dl. La TAC toraco-abdomino-pélvica, el electrocardiograma, el ecocardiograma y el análisis no aportaron otros datos relevantes. A pesar de tratamiento con sueroterapia, antibioticoterapia empírica, profilaxis antitrombótica, insulinización y analgesia, ante empeoramiento progresivo con inestabilidad hemodinámica, precisó traslado a Unidad de Cuidados Intensivos. El hijo del paciente insistió reiteradamente en hablar con el médico responsable, que pospuso la entrevista aludiendo sobrecarga asistencial. Diagnóstico: intoxicación alimentaria por marihuana.

Caso 10: Marta, 53 años. Ingresó por pérdida de peso no cuantificada, astenia y ánimo decaído. De baja laboral tras reciente diagnóstico 3 meses antes de su consulta de depresión, en tratamiento por psiquiatra. Reconoció escaso

soporte sociofamiliar actual, con vida disoluta en su juventud. En la exploración física presentaba aspecto descuidado, caquexia y múltiples tatuajes y piercings, sin otras alteraciones relevantes. Los parámetros analíticos incluyendo hematemetría, función renal y hepática, electrolitos, hormonas tiroideas y proteinograma se encontraron dentro de la normalidad. En la sesión multidisciplinar previa al pase de visita, se comentó lo siguiente por parte del médico responsable: «*Vaya pinta... Que no fuma ni bebe dice... Y dice que es amiga de Almodóvar... ¡Lo que habrán hecho estos en la movida! VIH tiene fijo... por no hablar de las ETS... Y va el de cabecera y le da la baja... ¡qué país!*» (sic). Adenocarcinoma de páncreas estadio T3N1M0 fue el diagnóstico realizado finalmente.

Caso 11: Rosario, 85 años, con dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y funciones cognitivas conservadas. Hipertensa, con fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol, ingresada por primera vez en el hospital por neumonía neumocócica con buena evolución; programando alta hospitalaria en 24 h. La enfermera avisó al médico de guardia al encontrarle con ausencia de respuesta a estímulos y depresión respiratoria. La compañera de habitación, usuaria de drogas por vía parenteral en tratamiento de deshabitación, ingresada por masa pulmonar a estudio, habitualmente demandante y poco colaboradora, fue la que alertó de la situación. Tras estudio detallado, se descartó proceso isquémico/hemorrágico cerebral, séptico o de otra índole. Se avisó al Servicio de Cuidados Intensivos, que procedió a intubar a la paciente. La compañera de habitación señaló: «*Entiendo que la abuela se haya puesto mala... ¿pero a mí no me traéis hoy la metadona o qué?*» (sic). Diagnóstico: sobredosis de metadona.

Caso 12: María, 24 años. Su madre, muy preocupada, consigue convencerle para acudir a consulta y ser valorada por un médico internista amigo de la familia. A continuación se relata la situación:

- Dra. aquí le traigo a mi hija María. Estoy preocupadísima. Se pasa 10 h al día estudiando, apenas duerme; menos mal que me come bien, aunque le noto que ha adelgazado, no me extraña, porque no para. Los fines de semana, en vez de descansar, sale con sus amigas hasta altas horas de la madrugada... Míremela, por favor, porque esto no es normal.
- Veré lo que puedo hacer. Vaya a la sala de espera mientras hablo con ella.
- ¿Qué te pasa, María?
- Hago el examen MIR en 2 meses y estoy bastante agobiada. Tomo un litro de café al día, para poder mantener el ritmo y que no me entre el sueño. Mi madre es muy pesada y se piensa que me drogo con anfetaminas o algo.
- ¿Algún otro síntoma que notes?
- Palpitaciones y sudores, aunque supongo será el estrés.

Diagnóstico: hipertiroidismo e ingesta excesiva de cafeína.

Discusión

Solo se asimila lo que uno necesita, y aun a riesgo de no tener éxito, vamos a recrear nuevas necesidades

(problemas, que no dilemas), para afrontar el reto de resolverlas adecuadamente.

El problema del aprendizaje clínico está en la diferencia entre el diagnóstico y el enfermo que lo padece; aún se impone con excesiva frecuencia la categoría diagnóstica al paciente.

Debemos observar nuestra práctica clínica. Es frecuente no saber qué hacer con algo que sabemos cómo hacer; en estos casos la teoría adoptada y la teoría actuada son clínicamente divergentes.

Es posible presentar al paciente mediante una etiqueta transcrita en su historial, sin verificar su situación real, confundiendo el mapa con el territorio, lo transcrito en su historia clínica con la realidad completa o, al menos, global del paciente. Nos sigue impresionando el cisma existente ante lo que como médicos pensamos que hacemos y lo que real y concretamente hacemos⁸.

Ante la pregunta que da título a este artículo realizada por un residente de Medicina Interna de primer año y la posterior lectura reflexiva del excelente editorial publicado en la revista *Medicina Clínica* por Laso Guzmán⁹, nos planteamos la necesidad de recalcar el papel crucial que el método clínico sigue teniendo en la era tecnológica en la que vivimos. En este sentido, la historia clínica y la exploración física constituyen el elemento fundamental del médico en el ejercicio de su profesión, aportando una correcta orientación diagnóstica en el 80% de los casos¹⁰⁻¹². Esto nos permite, sin menoscabar la utilización de las pruebas complementarias que el proceso tecnológico nos ofrece, aflorar cuestiones ocultas, detalles nimios u otros datos cruciales que nos den la clave para resolver problemas a los pacientes. El clínico tiene que apearse de sus viejos esquemas, superar de una vez el positivismo decimonónico y aprender a explorar no solo los llamados hechos clínicos, sino también los valores del paciente, lo cual solo puede hacerse dialogando, hablando, es decir, concediendo un nuevo papel a la vieja y maltrecha «anamnesis»¹³. Fomentar esta curiosidad o espíritu detectivesco⁹ en las nuevas generaciones de médicos, educando en valores y considerando al paciente el centro de su asistencia, indudablemente formará profesionales buenos, competentes y eficaces. Lograr un equilibrio entre la parte humanista (potenciando su desarrollo) con la tecnológica-tecnificada de la medicina (aparentemente esta última más interiorizada en la actualidad) es uno de los retos más apasionantes que se nos presentan en este campo. Ejemplos reales como los que aquí se han presentado pueden resultar de utilidad para ello. Así:

- En el caso de Tomasa (caso 1), fenotípicamente «poco agraciada», con aspecto descuidado y contexto sociofamiliar de riesgo, aparentemente desestructurado, podría habernos conducido a un diagnóstico erróneo con la consecuente falta de tratamiento específico que hubiera puesto en peligro su vida, si nos hubiéramos dejado llevar por los estereotipos y los prejuicios que suelen realizarse, consciente o inconscientemente, en personas de estas características.
- A médicos culpabilizadores, relación clínica frágil; no por «mucho echar leña al fuego» vamos a conseguir que los pacientes mantengan hábitos de vida saludables. Ramón (caso 2) realizó un comentario, no por cierto a su médico, sino a otro profesional sanitario (enfermera), que tuvo la sensibilidad de escucharle y facilitar un diagnóstico crucial para, probablemente, como coloquialmente se dice, «salvar la vida» a varios miembros de su familia.
- Rehuir preguntas embarazosas (como consumo de tóxicos o relaciones sexuales de riesgo, actuales o en el pasado) en pacientes como Purificación (caso 3), bien sea por pudor, reparo o creer erróneamente que no proceden, puede distorsionar la asistencia, tener consecuencias negativas para el paciente y constituir un factor de riesgo epidemiológico para el contagio a terceras personas, aunque no fuera así en este caso concreto.
- No incluir de manera sistemática una explicación verbal (pero también escrita en los informes clínicos) de los hábitos higiénico-dietéticos saludables en la población sana (prevención primaria) y en pacientes de riesgo (prevención secundaria) y, lo que es más preocupante, «darlo por sabido» por muy obvio que parezca, hizo que Antonio (caso 4) consumiera en un corto periodo 9,1 g de sal, con la consecuente sobrecarga hídrica por sed, cuando en pacientes hipertensos se recomienda no sobrepasar 1,5 g de sal al día y sabemos que cifras superiores a 3,7 g se asocian a disfunción cardíaca¹⁴.
- Elena (caso 5), que inicialmente suscitó un interés académico significativo en estudiantes y residentes, debido a su sintomatología y antecedentes «floridos», presentaba, ni más ni menos, un alcoholismo encubierto socialmente aceptado, de 100 g de etanol/día. Cuando el árbol no permite ver el bosque y se distorsiona la realidad, nos hace sin duda menos eficientes.
- La integración de la semiología múltiple de Marisa (caso 6) y una visión global de ella como paciente, y no como mera depositaria de patología, hicieron que, minimizando la fragmentación asistencial inicial, se llegara a un diagnóstico preciso (y hasta «espectacular», por infrecuente, habiéndose registrado en la literatura 0,16 casos por cada 100.000 habitantes)¹⁵, lo que condujo a una planificación de tratamientos y cuidados continuos hasta el final de su vida, mediante la utilización de herramientas como el proceso de consentimiento informado o el documento de voluntades anticipadas, expresiones máximas de la práctica de una medicina moderna basada en el respeto a la autonomía del paciente.
- Es sabido que el consumo de fármacos ilegales no se limita ya a sectores de riesgo de pobreza o desestructuración social. Aflorar estos hábitos nocivos en personas como Javier (caso 7), empresario de éxito con una vida personal aparentemente plena, empleando técnicas como la «progresión», es un ejemplo más de la utilidad que una buena anamnesis nos ofrece.
- Algo tan obvio como quitarle los calcetines a Osvaldo (caso 8) permitió superar una vez más prejuicios y observar unas lesiones papulares eritematosas en sus pies compatibles con vasculitis. Es estéril discutir (en buena medida porque nos quedamos en evidencia como profesionales, entre otras cosas) por qué Osvaldo no mostró las lesiones cutáneas motu proprio, ya que hubiera facilitado mucho las cosas. Quizá, como así se confirmó posteriormente, procuró ocultarlas porque «creía que eran contagiosas y si mi jefe se enteraba iba a quedarme sin trabajo» (sic).

- El hijo de José Luis (caso 9) fue el responsable de poner en riesgo vital a su padre al darle de comer, sin su consentimiento, tarta realizada con marihuana. Mantener la calma en situaciones difíciles y estresantes, estando receptivos a la mayor cantidad de información que podamos manejar, sin minusvalorar a las familiares, ayuda a diagnósticos precoces que, en este caso, no se produjo, aunque José Luis afortunadamente se recuperó y pudo rendirle cuentas a su hijo por su imprudencia.
- Con Marta (caso 10) se resaltan una vez más los efectos negativos que tiene el dejarse arrastrar por los prejuicios. Para poder descartar mínimamente un origen orgánico del cuadro que presentaba, a pesar de la ausencia de hallazgos en la exploración física y análisis completos, realizar una prueba complementaria sencilla, no invasiva, como es una ecografía abdominal, nos puede dar la clave, como así fue.
- Existen en nuestros hospitales planes específicos para garantizar la seguridad de los pacientes y minimizar los errores de medicación, con intención que se reduzcan a cero. Esto no siempre es posible, por lo que mantener los 5 sentidos en alerta y tener en cuenta el contexto que nos rodea, compañeros de habitación incluidos, como en el caso de Rosario (caso 11), contribuye a solucionar problemas tan graves como el que sucedió. En estas situaciones, solicitar análisis de fármacos en orina de forma sistemática resulta de utilidad.
- La preocupación de la madre de María (caso 12) era razonable. La virtud de su médico, una vez descartado el consumo de fármacos, fue la de no ser «perezosamente rápido» y achacar sus síntomas únicamente al consumo excesivo de café. Realizó una anamnesis detallada básica detectando un hipertiroidismo e iniciando tratamiento precoz, lo que permitió, junto con la moderación en la ingesta de cafeína y su constancia en el estudio, que María realizara un buen examen MIR.

La superación del modelo paternalista de tiempos pasados, no solo desde un punto de vista teórico sino traducido en situaciones concretas como las que nos ocupan, junto con la resistencia a la inercia de la colonización tecnológica¹⁶ nos conducirá a un «hilar fino» en el ejercicio de nuestra práctica clínica diaria que debe irremediablemente aspirar a la excelencia profesional, con el bien del paciente como fin último. En nuestra mano está transmitirlo a las nuevas generaciones, enseñarles a pensar y a integrar síntomas clínicos y signos físicos, en definitiva, el reto pasará por formar «cabezas hechas, no cabezas llenas»⁹.

Polanyi describió el proceso por el que uno es consciente del conocimiento tácito manteniendo un estado de «conciencia subsidiaria», un tipo de visión periférica, en contraste con la «conciencia focal» de la tarea que se está realizando; este es el proceso que utilizamos para andar en bicicleta. Es recomendable observar sin prejuicios, emplear tanto la razón periférica como la central, curiosidad crítica, tener la mente abierta y pensar que la duda y la incertidumbre son nuestras amigas⁸.

Frente a la apodicticidad de la Patología (decisiones ciertas), la posibilidad de la Clínica (decisiones razonables). Por eso en la práctica clínica, reducir los problemas a dilemas es, por lo general, fruto de la angustia; por eso, como señalamos

al principio de este apartado, pretendemos con este trabajo recrear problemas (necesidades) y no dilemas, para así mejorar la relación clínica.

La enfermedad y la salud son hechos; humanizar la Medicina es introducir en ellos el mundo de los valores¹⁷. Un buen profesional es el que une ambos aspectos, sabe y da razón de ellos con responsabilidad y eficiencia. El intrincado mundo de la relación médico-enfermo nos exige utilizar adecuadamente la técnica y la ciencia que dominamos.

El respeto es la piedra angular que aguanta el armazón de la práctica clínica. El respeto es esa actitud por la que consideramos a los demás con iguales derechos que reclamamos para nosotros. Desde el respeto podemos ser pacientes con los pacientes, sin olvidar que lo contrario a la paciencia es la irritabilidad de la que tan sobrados estamos hoy en día. Se trata de enriquecer la medicina basada en la evidencia, con la perspectiva vital del paciente, por lo que al ya sabido canon de la historia clínica hemos de añadir datos casi siempre inexistentes en la mayoría de los registros correspondientes a las personas que asistimos. Recomendamos al respecto los siguientes:

- a. Tipo de información que el enfermo desea recibir tras su estudio diagnóstico.
- b. Con quién desea recibir y compartirla.
- c. Quién es su allegado más cercano que pudiera asumir su representación en caso de no estar el paciente disponible.
- d. ¿Posee documento de voluntades anticipadas?
- e. Quién es su médico de cabecera y otros médicos significativos con los que mantiene buena relación clínica y que simultáneamente puedan estar atendiéndole.
- f. Qué cosmovisión o creencias trascendentales posee.
- g. Peso social y familiar actualizado.
- h. Cómo ha superado problemas serios que hayan acontecido en su vida, no solo como consecuencia de enfermedades, sino de cualquier otro tipo.

Tal y como comenta Epstein⁸, Michael Eraut, en sus ensayos sobre la competencia y el desarrollo profesional, describe 4 tipos de conocimiento; cada uno puede ser tácito o explícito. Primero están los «hechos», el llamado «conocimiento proposicional», las teorías, los principios, los detalles. Luego está el «conocimiento personal», aquel que le permite a uno conocer a distancia si, por ejemplo, un paciente tiene o no la enfermedad de Parkinson. El tercer conocimiento es el «procesal», que incluye las habilidades no solo quirúrgicas o comunicativas, sino también los conocimientos de los «metaprocesos», la habilidad de reflexión sobre la acción, observando al observador que observa lo observado durante la práctica clínica diaria. Finalmente, está el «saber hacer», el arte de, por ejemplo, conseguir adecuadamente que se haga una TAC en un hospital con radiólogo de guardia localizada, durante un sábado a las 3 de la madrugada.

A veces, no vemos bien las pequeñas sorpresas y a veces las grandes sorpresas vienen con demasiado retraso. Por tanto, necesitamos encontrar una manera de mantener una conciencia momento a momento, una autoobservación curiosa y no prejuiciosa, un aprendizaje de la experiencia y una habilidad de considerarse a uno mismo como objeto de estudio y reflexión durante las tareas diarias normales.

Uno puede desarrollar curiosidad sobre sus propios prejuicios, más que intentar simplemente descartarlos. Es importante observar y escuchar; con frecuencia reaccionamos vehementemente ante el silencio; algo similar sucede durante la atención a un paciente; no le escuchamos porque no queremos ser sorprendidos⁸.

La historia personal que cuenta un enfermo ofrece un contexto para tomar decisiones importantes. La práctica clínica desde esta perspectiva, conlleva colocar una serie de puentes entre los «principios recibidos» que provienen de la experiencia colectiva, y las «particularidades de cada persona». El proceso de razonamiento clínico no es, por tanto, enteramente deductivo, como si solo partiera de los principios recibidos (pregrado convencional), ni enteramente inductivo basado en el caso (posgrado convencional), sino más bien incluye un diálogo, una síntesis entre ambos que debe impregnar ambos ciclos.

Conclusiones

Las observaciones presentadas en este artículo aportan una mejor comprensión de las enfermedades o procesos patológicos expuestos y de la relación clínica establecida.

A partir de ello, podemos ir más allá, ofreciendo conocimiento y desarrollando habilidades clínicas avanzadas que permiten a los médicos e instituciones donde trabajan una mayor eficiencia.

Recomendamos observar sin prejuicios, emplear tanto la visión periférica como la central, automonitorizarse continuamente para ser conscientes de cómo filtramos las percepciones, con curiosidad crítica, tener mente de principiante y pensar que la duda y la incertidumbre son nuestras amigas.

La curiosidad reflexiva crítica requiere el coraje de ver las cosas como son, no como nos gustaría que fueran. Lo paradójico es que el coraje no puede ser cultivado hasta que no se hayan visto las propias carencias y ver las propias incompetencias requiere el coraje de mirarlas.

Sugerimos algunas barreras para la práctica clínica reflexiva: fatiga, dogmatismo, énfasis sobre la conducta más que sobre la consciencia, emociones negativas encauzadas inadecuadamente y, finalmente, ser demasiado específicos. Su análisis es un buen preámbulo para construir confianza, horizontalidad y sana interacción entre todos los implicados: médicos, otros profesionales sanitarios, pacientes y allegados.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Linazasoro G. Líder por la cara. *El Correo*, 9 mayo del 2015;44.
2. Damasio A. *Pasión por el razonamiento El error de Descartes*. Barcelona: Ed. Crítica; 2006. p. 281–8.
3. Damasio A. *Hacia una visión de conjunto*. En: *Y el cerebro creó al hombre*. Barcelona: Ed. Destino; 2010. p. 363–94.
4. Manheim JB, Rich RC. Análisis político empírico. *Métodos de investigación en Ciencia Política*, 7. Madrid: Alianza; 1988. p. 145–463.
5. Íñiguez L, Pla M, Santos MA, Sánchez-Candamio M, Andrés J, Ribot C, et al. Monográficos de investigación cualitativa. Ed. *Atención Primaria* 1999 (vol 23) y 2000. (vol 24 y 25).
6. Narváez J. Enfermedad de Still del adulto. *Med Clin (Barc)*. 2018;150:348–53.
7. Drane JF. The many faces of competency. *Hastings Cen Rep*. 1985;15:17–21.
8. Epstein RM. La práctica presente reflexiva y atenta: competencia profesional y ética tácita del momento. *Eidon*. 2000;3:26–33.
9. Laso Guzmán FJ. Importancia de la semiología en la era tecnológica. *Med Clin (Barc)*. 2017;148:559–61.
10. Hampton JR, Harrison MJ, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of the history-taking, physical examination, and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. *Br Med J*. 1975;2:486–9.
11. Rich EC, Terry WC, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of the internal medicine physicians. *Arch Intern Med*. 1987;1477:1957–60.
12. Peterson MC, Holbrook JH, von Hales D, Smith NL, Staker LV. Contributions of the history, physical examination, and laboratory investigation in making medical diagnoses. *West J Med*. 1992;156:163–5.
13. Gracia D. El futuro del nuevo modelo de relación clínica. *Dimens Human*. 2000;4:3.
14. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison C, et al. Guideline for the Prevention, detection evaluation, and management of high blood pressure in adults. *JACC*. 2017;71:1–195.
15. Magadur-Joly G, Billaud E, Barrier JH, Pennec YL, Masson C, Renou P, et al. Epidemiology of adult Still's disease: Estimate of the incidence by a retrospective study in west France. *Ann Rheum Dis*. 1995;54:587.
16. Leff B, Finucane TE. Gizmo idolatry. *JAMA*. 2008;299:1830–2.
17. Gracia D. Hacia un nuevo humanismo médico. *Jano*. 2006;1631:68–70.