

ARTÍCULO ESPECIAL

Intervención en una mujer de 30 años con síntomas y signos mal definidos

Pedrosa García C¹, Valverde Bolívar FJ², Moreno Corredor A³, Zafra Alcántara J⁴, Navarrete Espinosa C⁵

¹Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén. CS de Torredonjimeno. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

²Médico de Familia. Jefe de Estudios. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

³Médico de Familia. Tutor de residentes. CS de El Valle. Jaén

⁴Médica de Familia. Tutora de residentes. CS de Torredonjimeno. Jaén

⁵Médico de Familia. Técnico de Salud. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Jaén

RESUMEN

El caso clínico se desarrolló en un **ámbito** mixto entre Atención Hospitalaria, Urgencias y Atención Primaria principalmente. Se trataba de una mujer de treinta años, casada y sin hijos, sana y perteneciente a una familia nuclear (familia formada por dos individuos, que ejercen las funciones de padres, y sus hijos) normofuncionante (familia capaz de cumplir las funciones que le han sido encomendadas para posibilitar el desarrollo saludable de sus miembros, de acuerdo con la etapa del ciclo vital familiar en que se encuentra y en relación con las demandas que percibe desde el entorno social), que comenzó a asistir a consulta de forma reiterada y con síntomas muy diversos, hechos que nos llamaron la atención. La intervención por nuestra parte desde una perspectiva integral, en la que no solo prevalece la agenda del médico sino también la del paciente, es la que nos permitió una actuación centrada en el paciente y que metodológicamente recoge el esquema defendido por Riegelman junto con el enfoque sistémico o familiar.

CASO CLÍNICO

Nuestra paciente, una mujer de treinta años, consulta por primera vez en Atención Primaria

por un cuadro vertiginoso, siendo éste el inicio de una serie de visitas durante los siguientes meses tanto a consulta programada como de Urgencias con sintomatología variada (tabla 1): disnea, epigastralgia, dolor mamario, palpitaciones, dolor abdominal, sensación de mareo, astenia, irritabilidad y sobre todo parestesias en miembros superiores, que por lo general se manifestaban de noche, impidiéndole conciliar el sueño.

Presentaba como **antecedentes personales** de interés migraña ocasional diagnosticada el año anterior, sin toma de medicación alguna, ni hábitos tóxicos. Como **antecedentes familiares**, resaltar el hábito tóxico alcohólico de su padre, su madre diabética insulino-dependiente y con depresión, su hermana con síndrome de Down y una tía materna con cáncer de mama.

En la figura 1 podemos observar el genograma familiar de la paciente. Siguiendo un orden y metodología en su lectura¹, comprobamos como según su **estructura familiar**, se trata de una familia **nuclear con parientes próximos** (dos individuos con o sin sus hijos y con los padres viviendo en su misma localidad). Su **Ciclo Vital Familiar**, considerando el modelo de la OMS modificado por De la Revilla (tabla 2), se encuentra en la **etapa I o de Formación** (desde el matrimonio hasta el nacimiento del primer hijo); y según el modelo de Duvall y Medalie (tabla 3), **nido sin usar** (la pareja está casada y no tiene hijos). Con un **estilo familiar centrípeto** (basado en la unión familiar, la crianza de los hijos y donde hay límites individuales difusos y límites externos rígidos).

Correspondencia: Celia Pedrosa García
E-mail: celia_437@hotmail.com

Recibido el 27-12-2013; aceptado para publicación el 28-01-2014
Med fam Andal. 2014; 1: 78-85

Para evaluar la **función familiar** se utilizó el test de **Apgar familiar** (tabla 4), con una puntuación de nueve puntos, correspondiente a una familia **normofuncional**.

Genograma relacional

Hipótesis sistémica: los padres de nuestra paciente están vivos y viven en la misma localidad que ella. Su padre tiene 60 años y es alcohólico. Su madre tiene 53 años, es diabética insulino-dependiente y es depresiva, está unida a ella proporcionándole apoyo emocional y afectivo. Su abuelo tiene 80 años, es pluripatológico y vive en el mismo hogar que sus padres. Su hermana tiene 24 años y tiene síndrome de Down. El cuidado de su abuelo y la hermana son una sobrecarga importante de trabajo para la madre, agravando su estado depresivo.

Los padres de su marido tenían una relación conflictiva, hace años la madre murió asesinada por su esposo suicidándose éste posteriormente.

Con respecto a su **red social**, nuestra paciente de estudio tenía su gran apoyo en su mejor amiga, con la que estaba muy unida y le aportaba apoyo afectivo, emocional, confidencial e interacción social positiva. El **acontecimiento vital estresante**² que más influyó a su estado de salud fue la muerte de ésta hace un año. Otros acontecimientos vitales estresantes que también alteraron su bienestar fueron el empeoramiento del estado de salud de su abuelo y la mala relación con una compañera de trabajo que la amenazaba y que además era la nueva novia del novio de su amiga fallecida.

SEGUIMIENTO

En sus continuadas visitas al Centro de Salud y siguiendo la **agenda del médico**³, le hicimos una **exploración física** completa que no arrojó hallazgos importantes y comenzamos a solicitarle las **pruebas complementarias** que consideramos necesarias: analítica sanguínea con hemograma y bioquímica, electrocardiograma, radiografía de columna cervical, ecografía de abdomen; todas ellas sin alteraciones patológicas significativas.

Mientras tanto consideramos, junto con la paciente, derivarla a Salud Mental, iniciando tra-

tamiento con clorazepato dipotásico 5 mg diario como hipnótico y ansiolítico para lograr conciliar el sueño, resultando en un principio ineficaz por la falta de cumplimentación por su parte.

En función al **método clínico de toma de decisiones diagnósticas de Riegelman**^{4,5} que sigue un razonamiento hipotético-deductivo, nos planteamos los siguientes diagnósticos diferenciales:

- 1 - Vértigo periférico
- 2 - Polineuropatía periférica
- 3 - Pinzamiento neurovascular de la arteria subclavia
- 4 - Trastorno de ansiedad generalizada
- 5 - Depresión mayor
- 6 - Trastorno adaptativo
- 7 - Trastorno de la personalidad
- 8 - Violencia de género

Siguiendo a su vez la **agenda del paciente** y debido a la hiperfrecuentación en consulta, poco a poco fuimos adquiriendo confianza con ella, lo que nos permitió ahondar más no solo en sus síntomas y quejas^{6,7}, sino también en los problemas que le estaban causando en relación con su ámbito familiar, social y laboral.

Nos reveló que meses antes su mejor amiga había muerto de forma repentina por la noche, acontecimiento que le marcó psíquicamente y que le hizo sentirse muy agobiada por la diversidad de síntomas que presentaba, lo que le hacía pensar que tenía una patología grave no diagnosticada que iba a provocarle la muerte de forma súbita mientras dormía en cualquier momento ("**como a mi amiga**"), impidiéndole conciliar el sueño ante cualquier mínimo síntoma que se notaba⁸. La actitud cada vez más depresiva de nuestra paciente preocupaba mucho a su marido y a su madre, repercutiendo severamente en la situación familiar. Así, tras valorar en conjunto la clínica que manifestaba, el acontecimiento estresante narrado por ella, la situación socio-familiar en la que se encontraba, y en definitiva aplicando un **enfoque clínico integral** centrado en el médico y en la paciente^{9,10}, se le diagnosticó de un **trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo (F43.22)**^{11,12}. Esta enfermedad se presenta en el 5-20% de los pacientes de Atención Primaria, manifestándose a los tres-seis meses con síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un aconteci-

miento estresante psicosocial identificable. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dado la naturaleza del estresante, y un deterioro significativo de la actividad.

PLAN DE ACCIÓN

En función al esquema propuesto por **Riegelman para la toma de decisiones terapéuticas**^{4,5} valoramos la efectividad de las medidas terapéuticas que íbamos a emplear, la seguridad de nuestras intervenciones teniendo en cuenta el riesgo-beneficio, los efectos adversos de los fármacos con sus interacciones y llevamos a cabo una decisión terapéutica en base a nuestros conocimientos y experiencias y teniendo en cuenta la opinión de nuestra enferma, con sus creencias y expectativas, entrando en un proceso de negociación⁶.

Con ello, la paciente comenzó tratamiento farmacológico con antidepresivos (Sertralina 50 mg diaria) y terapia psicológica por parte de Salud Mental basada en el consejo asistido de forma escalonada mediante aceptación del hecho, experiencia compartida del dolor y de la pena, reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana, reinterpretación positiva del suceso, establecimiento de nuevas metas y búsqueda de apoyo social¹²⁻¹⁴.

EVOLUCIÓN

La paciente acudía de forma regular a nuestras revisiones llevando un buen cumplimiento terapéutico y evidenciando una gran mejoría clínica que fue favorecida por el apoyo emocional y afectivo por parte de su familia. Todo ello demuestra que las intervenciones realizadas durante el proceso de toma de decisiones han sido las correctas y expone la aplicación que este caso tiene para la Medicina Familiar y Comunitaria basándose en la importancia que tiene por nuestra parte un buen seguimiento de nuestros pacientes englobando sus visitas en un conjunto, lo que nos ayuda a detectar rápidamente problemas de salud que están influyendo a su entorno familiar y social.

CONCLUSIONES

1. Razonamiento y método clínico centrado en el paciente. En relación al desarrollo de este caso clínico, uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta es la importancia de la *toma de decisiones en el ámbito de la Atención Primaria* mediante un proceso de razonamiento clínico que se define como **método clínico centrado en el paciente**^{9,10,15,16}, donde el médico tiene que comprender no sólo la enfermedad, sino también al paciente. Hay que resaltar que la relación médico-paciente ha sufrido importantes cambios en los últimos años, pasando de un modelo paternalista y autoritario tradicional a considerar la libertad del paciente y de su familia para negociar en la práctica médica. Así la consulta centrada en el paciente, *en contraposición a la centrada en el médico*, hace referencia a un tipo de consulta donde se tienen en cuenta los problemas del paciente, sus opiniones, temores, posibilidades evolutivas, sentimientos y expectativas, y donde se le informa adecuadamente para que comprenda su enfermedad y su situación y con ello se haga responsable también de las decisiones a tomar para llegar a un acuerdo entre ambos.

Para desarrollar este método, hay que apreciar el valor de los datos procedentes de la anamnesis y la clínica, decidir las exploraciones complementarias que más información pueden aportarnos, y por último, decidir el tratamiento más adecuado considerando los beneficios frente a los riesgos para el paciente, y así lograr una satisfactoria evolución. La clave de este método es conseguir que el paciente transmita la *mayor información* posible, incluyendo la expresión de sus sentimientos; por lo que será crucial por parte del médico la escucha activa, tanto de los datos objetivos como los subjetivos referidos por el paciente, teniendo en cuenta el escaso tiempo con el que contamos en la mayoría de nuestras consultas.

2. Motivo/Razón de consulta. Lo primero que hay que resaltar es el *motivo de consulta* real^{6,7} por el que nuestra paciente acudía de forma reiterada. En el ámbito de la Atención Primaria el médico de familia tiene que atender a pacientes que asisten con variados motivos de consulta que en la mayoría de las ocasiones son síntomas y signos mal definidos que ocultan el problema real de asistencia, que generalmente tiene además de una manifestación física, una afectación

psicológica y social¹⁷. Cuando el paciente acude a su médico de familia por primera vez suele presentar su problema de una forma fragmentada e indirecta, haciendo su propia explicación de su dolencia. Como sucedió en nuestro caso, la paciente acudió en varias ocasiones a consulta programada y de urgencias con motivos de consulta muy diversos¹⁸, revelando con el tiempo su principal problema "enmascarado" en su sintomatología: la preocupación por el acontecimiento vital estresante sucedido a su mejor amiga los meses anteriores, hasta el punto de obsesionarse tanto que ella pensaba que también se moriría de forma repentina. Para llegar a la *razón de consulta real* de nuestra paciente se realizó una escucha activa y continuada en el tiempo, recogiendo todos los motivos de consulta y averiguando cuál era el motivo más importante que le había llevado a consulta, logrando así una adecuada relación médico-paciente⁶. Tuvimos que interpretar su dolencia para entender su problema, para ello fue necesario descubrir cuál era el significado de toda su sintomatología e incluir en el razonamiento clínico sus preocupaciones y las repercusiones que el problema estaba teniendo en su entorno familiar y social.

3. Incertidumbre. Otro punto que hay que destacar en el proceso de toma de decisiones diagnósticas de la enfermedad es el uso de determinadas herramientas, como es la realización de *pruebas complementarias*: es muy importante saber sus indicaciones, valorar el riesgo-beneficio para el paciente, los recursos económicos, y hay que tener en cuenta si van a disminuir nuestra incertidumbre en el diagnóstico y si los posibles resultados van a modificar las decisiones a tomar¹⁹. Además, una ventaja que tiene el médico de familia es que su relación con el paciente tiene un carácter continuado, por lo que el empleo de la evolución en el tiempo para validar algunas de nuestras hipótesis puede servirnos como herramienta diagnóstica y ahorrarnos la realización de pruebas innecesarias en determinadas situaciones, siempre y cuando no conlleve riesgos injustificados para el paciente. Pero un inconveniente importante es que muchas veces los pacientes exigen la realización de exploraciones complementarias, que hacemos potenciando así la medicina defensiva. En nuestro caso, a la paciente se le realizaron analíticas y pruebas de imagen en los distintos servicios, de las cuales alguna fue innecesaria ya que no aportó

información concluyente al diagnóstico, quizás motivado por un modelo arcaico cuyo método consiste en descartar lo biológico para centrarse en lo psico-social.

4. Bidireccionalidad. Una vez realizado el diagnóstico, es muy importante llegar a la *comprensión de la situación del paciente*⁶. Para ello debemos dar sentido al caso explicándole al paciente de forma clara y comprensible el por qué de sus síntomas y relacionar su problema con su contexto socio-familiar. En nuestro caso, la paciente estaba muy asustada pensando que iba a morir de forma repentina como su amiga, por lo que ante el mínimo síntoma acudía rápidamente al Centro de Salud. Tuvimos que explicarle sus temores y razonar con ella su situación haciéndole entender que todas sus manifestaciones clínicas eran el resultado del acontecimiento estresante sucedido, y que por ello le causaban malestar y un deterioro de su actividad.

5. Derivación a otra especialidad. Otro dato a resaltar es la decisión de *derivar al paciente a otro especialista*. En este punto hay que destacar principalmente la idoneidad del momento en el que se deriva, no siendo excesivamente pronto para poder llegar a profundizar en el problema de nuestros pacientes y sabiendo cuales son las indicaciones de derivación¹². En nuestro caso, la paciente presentaba un trastorno del estado de ánimo importante por lo que la derivación fue correcta, pero tendríamos que haber ahondado más en su acontecimiento vital estresante previamente.

6. Terapéutica y medicina basada en la evidencia. El siguiente punto a resaltar una vez formulado y razonado con la paciente el diagnóstico es decidir de forma conjunta un plan de manejo que conlleve la mejor *terapéutica*^{4,5,19}. Habitualmente la decisión está guiada por experiencias previas con anteriores enfermos; sin embargo, la decisión debe ser muy meditada, resultado de un proceso de elaboración científica que evalúe los potenciales beneficios frente a los posibles riesgos, la eficiencia y la efectividad, la empatía, el sentido común, la ética y el tiempo. Es importante recalcar que la terapéutica no se aplica a una enfermedad concreta, sino a una persona enferma, entendida como una globalidad orgánica y psíquica en el que también hay que tener en cuenta su entorno familiar, social y laboral^{8,13}.

7. Toma de decisiones compartida. Por otro lado, en la actualidad nuestros pacientes cada vez reclaman más y mejor información, que se les facilite su comprensión y que se les haga partícipes al elegir un tratamiento²⁰. Para ello el **método clínico centrado en el paciente** es clave, pues el médico una vez que informa de una forma clara y comprueba su comprensión, lleva a cabo una *toma de decisiones compartida*, buscando acuerdos sobre la naturaleza del problema y la estrategia a seguir y así hacer al paciente capaz de responsabilizarse de su propia salud. En nuestro caso, en las primeras consultas nuestra paciente afirmaba insomnio de conciliación que le imposibilitaba su actividad laboral, por lo que se le prescribió una benzodiacepina sin ahondar en el tema. Con el tiempo y tras tomar más confianza con ella, supimos el motivo real de su insomnio y se le modificó el tratamiento con un antidepresivo tipo ISRS¹⁵.

8. La familia. Finalmente, otra cuestión importante a tener en cuenta en la comunicación de los resultados y la negociación del plan de actuación con el paciente, es que también hay que contar con la participación de *su familia y el entorno socio-laboral*, sabiendo cual es el impacto que la enfermedad está ejerciendo sobre ella, sus peticiones y preocupaciones^{1,13,14}.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Revilla L. Bases teóricas, instrumentos y técnicas de la Atención Familiar. Las Gabilas (Granada): Adhara; 2005.
- Holmes TS, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J. Psychosomatic Research* 1976; 11:213-218
- Ian R. MacWhinney. *Medicina de Familia*. Barcelona: Mosby/Doyma; 1994.
- Riegelman RK. *Minimizing medical mistakes: The art of medical decision making*. Boston: Little Brown and Co; 1991.
- Torío Durantez J, García Tirado M^oC. Razonamiento clínico. En: Casado Vicente V. *Tra-tado de Medicina Familiar y Comunitaria*. Barcelona: semFYC ediciones; 2007. p. 5-23.
- Borrell Carrió F. *Entrevista clínica. Manual de estrategias prácticas*. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
- Boxó Cifuentes JR, Alcaine Soria FL. Caracterizar la consulta sobre problemas psicosociales: ¿Queja o demanda? *Med fam Andal*. 2011; 1: 74-81.
- Echeburúa E, de Corral P. Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué? *Psicología Conductual*. 2007; 15(3): 373-387.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. The patient-centered clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine. *Fam Pract*. 1986; 3(1): 24-30.
- Stewart M, Belle-Brown J, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam C, Freeman TR. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.
- Trastornos adaptativos. En: DSM-IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson SA; 1995. p. 639-43.
- Junta de Andalucía. *Ansiedad, Depresión, Somatizaciones: Proceso Asistencial integrado*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2011.
- Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G. Disease management programs for depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Med Care*. 2004; 42(12): 1211-21.
- Fernández Alonso MC, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Grupo de Salud Mental del PAPPs. *Aten Primaria*. 2012; 44 (Suppl 1): 52-6. doi: 10.1016/S0212-6567(12)70014-8.
- Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012; 26(S): 158-161.

16. Jani B, Bikker AP, Higgins M, Fitzpatrick B, Little P, Watt GCM, et al. Patient centredness and the outcome of primary care consultations with patients with depression in areas of high and low socioeconomic deprivation. *Br J Gen Pract.* agosto de 2012; 62(601): e576-581.
17. Grover S, Kate N. Somatic symptoms in consultation-liaison psychiatry. *Int Rev Psychiatry.* 2013; 25(1): 52-64.
18. Montero Monterroso JL, Pérula de Torres LA, Larrea Barroso MJ. Mareo y su relación con la ansiedad y la depresión en un servicio de urgencias de atención primaria. *Aten Primaria.* 2006; 38: 200-5.
19. Straus SE, Richardson WS, Glasziou P, Haynes RB. *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM.* Fourth Edition. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2010.
20. Fowler FJ Jr, Gerstein BS, Barry MJ. How patient centered are medical decisions?: Results of a national survey. *JAMA Intern Med.* 2013; 173(13): 1215-21.

Figura 1. Genograma familiar.

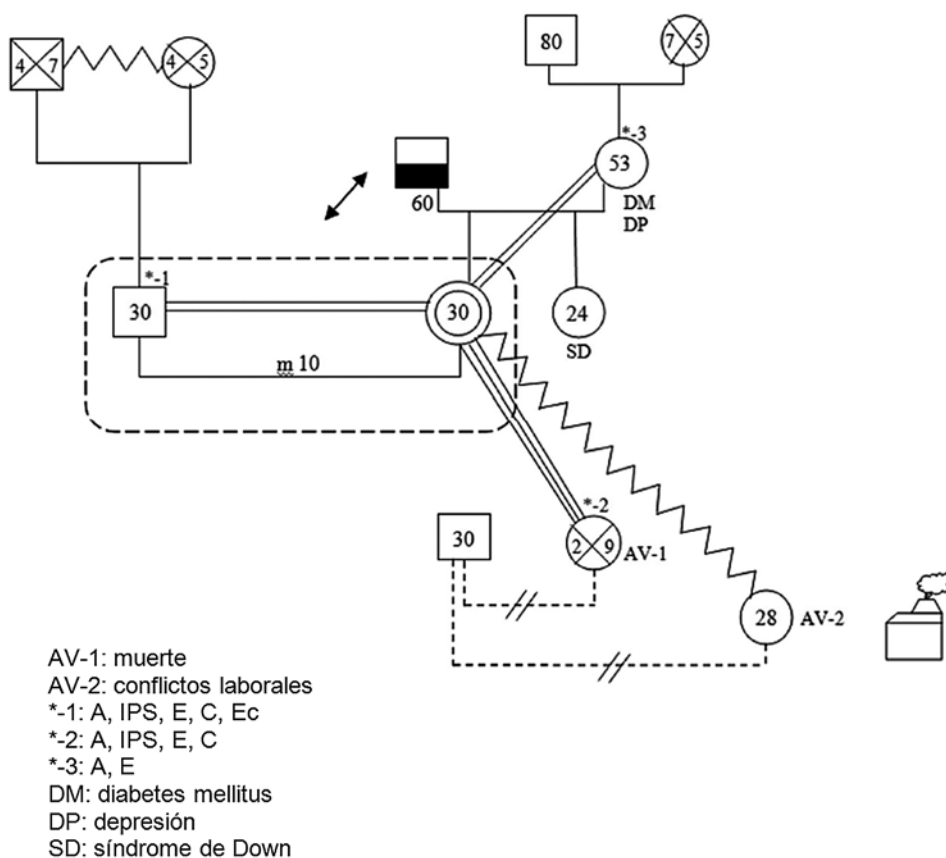


Tabla 1. Patobiografía (Tabla de flujo-tiempo).

FECHA	MOTIVO DE CONSULTA	LOCALIZACIÓN	EXPLORACIÓN
Enero	Cuadro vertiginoso	Urgencias	Neurológica N
Febrero	Palpitaciones, disnea, parestesias	AP	Neurológica y Ecg N
Marzo	Mejoría con clorzepato dipotásico	AP	
Principios de Junio	Inestabilidad y parestesias	Urgencias	Neurológica. N
Mediados de Junio	Tos y dolor de garganta	AP	Faringe eritematosa
Finales de Junio	Dolor HCl	Urgencias	Abdomen N
Al día siguiente	Derivación a Salud Mental	AP	
Mediados de Julio	Cuadro de ansiedad	S. Mental	Psíquica alterada
Finales de Julio	Hipoestusias y vértigos	Urgencias	Neurológica N
Principios Agosto	Mareos nocturnos	Urg. ORL	Neurológica N
Mediados Agosto	Revisión	S. Mental	Psíquica alterada
Finales de Agosto	Dolor y bulto en mama	Urgencias	Eco mamaria + PAAF
Principios Octubre	Mareos nocturnos	Urg. ORL	Neurológica N
Mediados Octubre	Resultado Eco mama + PAAF	AP	Fibroadenoma
Finales de Octubre	Revisión	S. Mental	Psíquica alterada
Noviembre	Epigastralgia y náuseas	AP	Abdomen y analítica N
Diciembre	Revisión	AP	

Tabla 2. Ciclo Vital Familiar. Clasificación de la OMS modificado por De la Revilla.

ETAPA	Desde	Hasta
I - Formación	Matrimonio	Nacimiento del primer hijo
IIA - Extensión	Nacimiento del primer hijo	El primer hijo tiene 11 años
IIB – Extensión	El primer hijo tiene 11 años	Nacimiento del último hijo
III – Final de la extensión	Nacimiento del último hijo	El primer hijo abandona el hogar
IV - Contracción	El primer hijo abandona el hogar	El último hijo abandona el hogar
V – Final de la contracción	El último hijo abandona el hogar	Muerte del primer cónyuge
VI - Disolución	Muerte del primer cónyuge	Muerte del cónyuge superviviente

Tabla 3. Términos equivalentes en las clasificaciones de la OMS modificada y Duvall y Medalie.

Modelo de la OMS modificado por De la Revilla	Modelo de Duval y Medalie
Etapa I	Nido sin usar
Etapa I	Pareja que espera un hijo
Etapa IIA	Familia con hijos pequeños
Etapa IIB	Familia con adolescentes
Etapa IV	Familia lanzadera
Etapa VI	Nido vacío

Tabla 4. Cuestionario Apgar familiar.

	Casi nunca (0 puntos)	A veces (1 punto)	Casi siempre (2 puntos)
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?			
¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?			
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?			
¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?			
¿Siente que su familia le quiere?			

≥7 puntos: familia normofuncional.

4-6 puntos: disfunción familiar leve.

≤3 puntos: disfunción familiar grave.