

# El diagnóstico va construyéndose con el tiempo

Alejandrina Losasso y Esteban Rubinstein

**Primera parte** (año 2004): a continuación se transcribe en forma literal el diálogo mantenido entre la Dra. Alejandrina Losasso, médica residente (R) de cuarto año de Medicina Familiar y su supervisor (S), el Dr. Esteban Rubinstein (médico de planta), luego de una consulta en la que R ha atendido a una paciente cuya S la ha observado sin intervenir.

S: —*Hacé un resumen de los datos más relevantes de la paciente.*

R: —*Es una mujer de 65 años, de quien soy la médica de cabecera y a quien atendí ya cinco veces en el consultorio. Vive sola, tiene dos hijas casadas y cuatro nietos, a quienes cuida de vez en cuando. A lo largo de estos últimos años ha tenido tres episodios de pérdida de la fuerza y de la sensibilidad en el hemicuerpo derecho, acompañados de afasia, de escasos minutos de duración (las palabras que usó para describir lo que le pasó fueron: “perdí la fuerza del brazo y la pierna derecha y no podía hablar”). No tuvo otros síntomas neurológicos durante el episodio (no hubo pérdida del conocimiento, ni del control de esfínteres) y no tuvo secuelas de ningún tipo. Antes se atendía en otra institución y le habían indicado aspirina. Fuma entre siete y diez cigarrillos por día desde que es joven (dejó dos veces: una vez tres meses y otra vez al final del último embarazo), es hipertensa (medicada con 10 mg de enalapril, hoy tenía 140/80 mmHg), dislipémica (en tratamiento dietético, su última LDL fue 167 mg/dl) y tiene un índice de masa corporal de 26 kg/m<sup>2</sup>. En las consultas previas la revisé y el examen físico y neurológico era normal (no tenía soplo carotídeo) y le indiqué una resonancia magnética nuclear y una ecografía Doppler de los vasos del cuello que fueron normales. En la consulta anterior le había indicado un ecocardiograma que hoy me trajo y que fue normal. Varias veces le recomendé que dejara de fumar, pero no quiere.*

S: —*Muy bien, ¿qué pensás de la consulta de hoy?*

R: —*Yo sabía que era una consulta un poco de cierre. Había mirado el resultado del ecocardiograma en la computadora y sabía que era normal, o sea, sabía que era una consulta para cerrar. En ese sentido, ya había pensado en reinterrogar los síntomas, a menos que ella cambiara mucho su discurso, seguiría pensando que los eventos fueron accidentes isquémicos transitorios (AITs). En*

*la consulta, lo que me desubica es que varias veces le di por escrito lo que tiene que tomar y ella dice “no sé qué estoy tomando”; me llamó la atención que nuevamente hubiera un desencuentro. También me llamó la atención que hubiera un malentendido entre las indicaciones que le dio la enfermera y lo que ella hace con la dieta. Me cae muy bien la señora. Me asusté mucho cuando me comentó por primera vez sus episodios porque me los contó como si estuviera hablando del tiempo, que está nublado o que hace sol. Me llama la atención que nunca haya llamado a la ambulancia cuando le pasó esto, o sea, ella siempre consultó, pero siempre más tarde, sin prisa.*

S: —*¿Estás satisfecha con tu intervención?*

R: —*Sí. O sea, yo quisiera que deje de fumar, pero ella no quiere...*

S: —*¿Y qué pensás? ¿Cómo te sentís con el hecho de que ella no quiere dejar de fumar?*

R: —*Ya lo hablamos otra vez. Y ella me dijo que no le interesaba dejar de fumar, y cuando le pregunté por qué, me dijo que le gustaba, y también me dijo que había presión familiar para dejar de fumar y que además ella sabía que le hacía mal y que estaba tratando de fumar menos; de hecho, hoy casi dudo de sacarle el tema.*

S: —*¿Pensás que se lo sacaste porque estaba yo?*

R: —*No.*

S: —*¿Y cómo te sentís con esto de que ella no quiera dejar de fumar?*

R: —*Fumar es malo para todos los pacientes; para mí esta paciente tiene un riesgo agregado, me preocupa mucho que fume; tiene una historia clínica muy sugestiva de AIT, pero los estudios son negativos....*

S: —*¿Pensás que si, por ejemplo, el Doppler hubiera mostrado una obstrucción carotídea del 80% tu conducta ante el tabaquismo habría sido diferente?*

R: —*No.*

S: —*Entonces, ¿por qué, ante mi pregunta anterior, te fuiste hacia el tema del diagnóstico del AIT?*

R: —*Tal vez la respuesta anterior no sea un no; tengo un tema con el diagnóstico de esta mujer; tendría que leer qué hacemos con una historia sugestiva y hallazgos negativos.*

S: —*Bueno, yo ahora te digo (después, igual, buscá más información): el diagnóstico del AIT es clínico. O sea, esta mujer tiene diagnóstico de AIT; en ese sentido, más,*

no podemos hacer, salvo una arteriografía que, aunque sea normal, no descarta el diagnóstico de AIT.

R: —Yo creo que si hubiera encontrado un daño habría sido más insistente con la mujer en relación con el tabaco. También los pacientes se mueven más cuando se les encuentra un daño.

S: —¿Y eso te parece bien?

R: —Me parece lógico. Esta mujer tiene mucho riesgo, independientemente de que le encontremos un daño.

S: —¿Entonces? ¿Te parece que en estos pacientes hay que esperar a que tengan un evento o un hallazgo más relevante para insistir con el cese tabáquico?

R: —No, no pienso eso. Mi sensación con esta paciente es que pese a que le hablé del tema varias veces en relación con su riesgo global y con el tema del tabaco, ella me dijo que no, siempre.

S: —Bueno, entonces, ¿vos estás satisfecha con esto de que siga fumando?

R: —Eh..., ¿si estoy satisfecha con mi intervención? Más o menos.

S: —¿Por qué?

R: —La intervención, técnicamente, fue hecha. En esta consulta no me pude meter más, digo, la intervención no fue exitosa, yo quería que dejara de fumar, y no dejó.

S: —Está bien, ¿pero estás satisfecha?

R: —Me quedo preocupada porque siga fumando. Estuve a punto de ser más agresiva con el colesterol, como para balancear, pero quería ver cómo respondía a las medidas higiénico dietéticas.

S: —Ahora, saliendo de esta paciente. ¿Qué pensás en relación con el libre albedrío de los pacientes para seguir fumando?

R: —Los pacientes tienen libre albedrío para hacer lo que quieran.

S: —¿Te parece saludable que un paciente pueda seguir su libre albedrío?

R: —Eh..., saludable sí, desde el punto de vista que conoce los riesgos y que toma una decisión, pero no es saludable para esta señora seguir fumando.

S: —Bien. ¿Pero, por qué, entonces, te cuesta tanto sentirte satisfecha con esta mujer que parece haber elegido seguir fumando gracias al ejercicio de su libre albedrío?

R: —Me cuesta entender por qué esta mujer se sigue exponiendo al riesgo. No me metí con eso; no tengo ninguna respuesta, pero puedo imaginarme cosas...

S: —¿A ver?

R: —Una señora que vive sola, que tiene mucha familia, aparentemente todos están alrededor, pero ella se mantiene independiente, y hace su vida. Me parece que el tabaco también tiene que ver con esto de su independencia.

S: —¿Y vos valorás esto?

R: —Creo que es por esto por lo que me cae bien esta señora; te digo algo más, me preocupa un ACV (acciden-

te cerebrovascular) en esta mujer, en ese sentido; es una mujer muy independiente.

**Segunda parte:** (texto escrito en 2006 por el supervisor): la paciente, la consulta y el diálogo posterior con la residente me resultaron muy interesantes. Quedaban flotando varios temas prevalentes de la práctica ambulatoria: la incertidumbre diagnóstica, en este caso el de los accidentes isquémicos transitorios (AITs), la variabilidad en la conducta del médico ante el consejo para dejar de fumar según el riesgo individual de cada paciente, el tema del libre albedrío y el contexto personal y familiar en relación con las consultas. Le propuse publicar el caso y le pedí que revisara el tema AIT para desarrollarlo brevemente luego de transcribir el diálogo de arriba. Es interesante que haya elegido, de todos los temas que quedaban flotando, el más biomédico, seguramente porque es el más fácil de resumir para cerrar el caso clínico y, por otra parte, es el único que se puede desarrollar en forma general, sin tener que volver al caso individual.

He aquí un resumen de la revisión que hizo la médica residente sobre el AIT en 2004 (texto revisado en 2006):

El diagnóstico del AIT es clínico y, por lo general, retrospectivo, realizándose básicamente mediante el interrogatorio. La definición tradicional lo describe como un déficit neurológico focal, de breve duración (frecuentemente menor a cinco minutos) que resuelve completamente al cabo de veinticuatro horas, sin dejar secuelas, por lo que es habitual que cuando el paciente consulta el episodio ya haya finalizado y el examen físico sea normal. Para muchos autores el déficit neurológico en el AIT no debe durar más de una hora ya que los episodios que superan este tiempo pertenecerían a una categoría de mayor riesgo de eventos a corto y largo plazo, así como de secuelas.

La etiología del AIT es siempre isquémica. Puede ser embólica (arterial o cardíaca) o por hipoflujo transitorio en arterias previamente dañadas por placas ateromatosas o por la hipertensión crónica. Las funciones cerebrales comprometidas orientan hacia el territorio cerebral afectado: a) **Carotídeo:** paresia (mono o hemiparesia), amaurosis unilateral, hemianopsia homónima, afasia, anestesia/hipoestesia, parestesias, dificultades cognitivas; b) **Vértebro-basilar:** diplopía, vértigo, disartria y disfagia (deben presentarse al menos dos de estos síntomas juntos, o uno de ellos acompañado de otros signos como: paresias de cualquier miembro, ataxia, hemianopsia homónima o trastornos de la sensibilidad) y c) **Lacunar:** compromiso sensorial y/o motor unilateral de la cara, brazo y/o miembro inferior, sin síntomas corticales acompañantes.

La evaluación de los pacientes con diagnóstico clínico de AIT requiere la indicación de un eco-doppler (dúplex) de las arterias del cuello, estudio que puede o no evidenciar la presencia de lesiones estenóticas (su indicación es clara en los AITs que impresionan carotídeos, pero es controvertida en los lacunares o vértebro-basilares). Para completar la evaluación puede solicitarse un electrocardiograma (ECG), un ecocardiograma y una resonancia magnética nuclear (RMN) del cerebro, con contraste. La RMN no es fundamental ya que no cambia el diagnóstico ni el pronóstico, pero permite evaluar la presencia de microinfartos u otras secuelas. La angiografía con contraste o la angiografía por sustracción digital son los estudios con mejor rédito diagnóstico para la enfermedad cerebrovascular, pero habitualmente se reservan para los pacientes que tienen lesiones en el dúplex de vasos del cuello y que son candidatos a la cirugía. Cabe mencionar que una angiografía negativa no descarta el diagnóstico de AIT ya que éste puede deberse al desprendimiento completo de una placa ateromatosa o incluso al vasoespasmio; igualmente, un dúplex y/o una angiografía normales o con lesiones no significativas orientan a un mejor pronóstico (siempre y cuando se controlen los factores de riesgo cardiovascular).

En el caso de la paciente, el relato compatible con AIT del territorio **carotídeo** (afasia, hemiparesia facio braquiocrural y parestesias en ese territorio), la ausencia de otros síntomas o signos que orienten a otros diagnósticos, y la presencia de factores de riesgo cardiovascular hacen diagnóstico clínico de AIT. Como ya hemos mencionado, el dúplex negativo no descarta el diagnóstico. En cuanto a la indicación de una angiografía, la paciente no parece ser candidata ya que este estudio se reserva para aquellos pacientes con obstrucciones significativas en el dúplex, pasibles de recibir una cirugía. En cuanto a la conducta terapéutica, si la paciente no tiene contraindicaciones y se encuentra en ritmo sinusal, debe antiagregarse con aspirina a dosis medias (100 mg a 325 mg por día). El dipiridamol, el clopidogrel y la anticoagulación no demostraron ser superiores a la aspirina en los pacientes sin fibrilación auricular. Para prevenir nuevos episodios es fundamental estimular la actividad física aeróbica y corregir los factores de riesgo: a) Control estricto de la presión arterial con metas de 130/85 mmHg o menos (todas las drogas antihipertensivas mostraron ser similares para prevenir nuevos eventos, a excepción de los bloqueantes cálcicos); b) Descenso de la LDL por debajo de 100 mg/dl (puede utilizarse cualquier estatina) y c) Cese tabáquico. Si en el dúplex se hubiera encontrado una lesión carotídea que se corresponde con la sintomatología, es decir, una estenosis sintomática (para esta paciente la lesión debería estar en la carótida izquierda) sería preciso evaluar bien

el caso para determinar si se beneficiaría con la cirugía (endarterectomía carotídea). Los estudios muestran que los pacientes que más se benefician con la cirugía son aquellos con estenosis carotídea severa (del 70% al 99%). En las estenosis sintomáticas moderadas (50% al 69%) la cirugía podría representar cierto beneficio. La cirugía no muestra beneficios en las estenosis menores al 50% y está contraindicada en las estenosis completas.

**Tercera parte** (año 2006): la Dra. Losasso me entregó la revisión del tema AIT en 2004 pero no pudimos publicar el caso en ese momento. Luego ella terminó su residencia y hace poco me comentó que tenía muchas novedades de su paciente. Le pedí que las escribiera para publicar el caso ahora. He aquí su relato:

*Desde que vi a la paciente con vos la volví a ver nueve veces y no ha vuelto a tener episodios neurológicos. En la consulta posterior le indiqué atorvastatina, aunque ella no deseaba medicación. Habíamos intentado un tratamiento hipolipemiente sólo con dieta, pero no había alcanzado la meta y me manifestó que no iba a poder seguir una dieta más estricta de la que estaba haciendo. Su TA estaba controlada con la dieta hiposódica y con la medicación y había bajado de peso. Más adelante, en una de sus consultas de control luego de volver de unas vacaciones, me comentó que la había pasado muy bien afuera, que hizo siempre dieta sin sal, nunca dejó de tomar la medicación (atorvastatina, enalapril y aspirina) pero que estuvo un poco más liberada con las grasas (me dijo: “hoy no me pesé, le prometo que para la próxima voy a estar igual que la última vez”). Le pregunté por el cigarrillo y me contestó: “bien, gracias, estoy fumando diez cigarrillos por día, como siempre, ¿para qué le voy a mentir?”. Luego se angustió mucho, me dijo que a ella le gustaba fumar pero quisiera dejar por su salud y por sus nietos y que toda la familia la presionaba, pero que ella sola no podía. Le hablé del grupo de tratamiento para dejar de fumar del Hospital Italiano (GRANTAHÍ), le expliqué cómo funcionaba y me dijo que estaba dispuesta a ir. Esto es lo que anotó en la historia clínica el médico de GRANTAHÍ en la primera consulta: “Motivada para dejar. Analfabeta. Entrego planilla de motivos para fumar y para dejar y cuestionarios. Los hijos la ayudarán. Cito en una semana”.*

**Comentario final de la Dra. Alejandrina Losasso:** al día de la fecha me cuestiono varios aspectos en relación con esta paciente, de quien sigo siendo la médica de cabecera. La evaluación de los episodios neurológicos (AITs) me había causado bastante preocupación, así como el tema del tabaquismo. Ahora bien, el hallazgo del analfabetismo por parte del médico de GRANTAHÍ fue una verda-

dera sorpresa para mí y me sirvió para explicar muchos de los malos entendidos iniciales. La consulta siguiente conmigo después de haber comenzado el tratamiento para dejar de fumar fue por una lumbalgia aguda; al final de la consulta (yo había leído la evolución de mi colega del GRANTAHÍ en la historia clínica electrónica), le pregunté acerca del analfabetismo y por qué nunca me lo había contado. Me explicó que le daba mucha vergüenza (“todavía más que fumar”, dijo). Le pregunté por qué no aprendía a leer y escribir y me contestó que no se le había ocurrido. “¿Pero yo podría estudiar?”—me preguntó. Y yo le dije que creía que sí, que había numerosas personas que lo hacían y busqué para ella la dirección del Centro de Gestión Comunitaria más cercano a su domicilio para que fuese a averiguar. Con el tiempo su lumbalgia se exacerbó, se le diagnosticó una gran hernia de disco, se realizaron dos infiltraciones y finalmente tuvo que ser operada. A pesar de este percance ya completó el primer año de la escuela nocturna. No pudo dejar de fumar porque, según me dijo, “la hernia la ha tenido muy mal”. Definitivamente sigo pensando que el tabaquismo es un problema de salud para esta paciente, pero no puedo dejar de pensar que, comparado con el analfabetismo, el tabaquismo es menos importante.

**Comentario final del Dr. Esteban Rubinstein:** es interesante ver lo que ocurre cuando el tiempo pasa. Este caso habría sido muy distinto si se hubiera publicado en 2004. Enterarme de que esta paciente era analfabeta me deja pensando en varias cosas. Releo el diálogo de la supervisión de 2004 y me llaman la atención los puntos que se

tocaron en esa charla. Yo insistí varias veces en una pregunta: ¿estás satisfecha con tu intervención? Y Alejandrina me contestaba que no, que no estaba del todo satisfecha, pero no podría expresar bien por qué. Luego profundicé en aspectos relacionados con el libre albedrío, pero no me metí con el tema de la comunicación. Si bien hay datos objetivos: “*lo que me desubica es que varias veces le di por escrito lo que tiene que tomar y ella dice no sé qué estoy tomando; me llamó la atención que nuevamente hubiera un desencuentro*”, no recuerdo que en la consulta que presencié yo haya sentido que existía un déficit en la comunicación entre la médica y la paciente; sin embargo, siempre hay déficit en la comunicación, siempre la comunicación es parcial y sesgada. Por otra parte, sigo pensando que el analfabetismo es un dato más, que abona a la comprensión de los problemas de la paciente, pero que no cierra el diagnóstico sino que lo abre aún más y que el diagnóstico en la práctica ambulatoria está siempre abierto, como una película que no deja de avanzar, incluso después de que las personas dejan de vivir. El diagnóstico no puede cerrarse con entidades como tabaquismo, AIT, dislipemia, hipertensión, analfabetismo sino que es todo eso y mucho más que eso. Por último, me pregunto en qué medida el diálogo escrito de la supervisión le ayudó a la médica a franquear la sensación de insatisfacción que sentía inicialmente ante su conducta con la paciente. También me pregunto en qué medida este texto, que será leído por la paciente para autorizar su publicación, le servirá a ella. Eso espero.

**Nota:** este caso se publica con la autorización expresa de la paciente.

---

## BIBLIOGRAFÍA:

- Albers GW, Caplan LR, Easton JD, et al. Transient ischemic attack—proposal for a new definition. *N Engl J Med* 2002;347(21):1713-6

- Jahromi AS, Cina CS, Liu Y, et al. Sensitivity and specificity of color duplex ultrasound measurement in the estimation of internal carotid artery stenosis: a systematic review and

meta-analysis. *J Vasc Surg* 2005;41(6):962-72.  
- Louridas G, Junaid A. Management of carotid artery stenosis. Update for family physicians. *Can Fam Physician* 2005;51:984-9.