No es lo que parece

Este es un caso de error por retraso en un diagnóstico. Ya está muy avanzado el debate, y esta es una historia que tenía a medias escrita, que en su momento me impactó mucho y que, estas navidades ha vuelto a aparecer, como recordándome que no dejara de escribirlo. Y lo ha hecho en forma de error, como si quisiera que lo compartiera con vosotros en el seminario.
Algunos ya sabéis que trabajo de médica de familia en una zona marginal de una ciudad grande española. De lunes a viernes salimos del centro de salud y hacemos la calle, poniendo nuestra organización al servicio de la improvisación que surge en el día a día. Uno de esos días, en noviembre de 2013, más o menos al mes de reincorporarme tras dos años de ausencia dedicándome a otros menesteres, una mujer sale a nuestro paso al vernos. La mujer, visiblemente alterada corre hacia nosotros haciéndonos gestos con la mano, aún cuando mi compañero y yo nos hemos bajado de la furgoneta y caminamos hacia ella. Es como si temiera que nos escapáramos a su reclamo. Cuando por fin nos alcanza, empieza hablarnos con dificultad en español (es de origen marroquí) y repite incesantemente las palabras hijo, cabeza, no bien. No entendemos muy bien lo que pasa pero si la angustia que le genera, así que le decimos que le acompañamos a casa y que vamos a ver al hijo. Cuando llegamos a la casa sin saber qué nos íbamos a encontrar, las cosas se fueron clarificando. El hijo, de 26 años había tenido un brote psicótico ese verano, que le había llevado a urgencias de la mano de la policía por encontrarle desnudo andando por las inmediaciones de la estación de tren. Del informe que la hermana del paciente nos facilita, lo que queda claro es que nadie le quería en su servicio: de urgencias de un hospital le trasladaron a otro y de allí a un tercero de donde ya no le podían trasladar más que a su casa. El diagnóstico, escueto: cuadro psicótico asociado a consumo de cannabis. Tratamiento: neuroléptico oral y seguimiento por psiquiatra de zona. En los informes de los distintos hospitales sólo relataban las condiciones en las que lo había encontrado la policía y el clásico, consciente, orientado, suspicaz. La analítica de rutina normal, el TAC craneal normal y positivo en tóxicos en orina a cannabis.

Curiosamente, un mes después el paciente tuvo una paresia de uno de los músculos oculomotores que le generó diplopía y estrabismo. El paciente acudió a urgencias y le estaban atendiendo en oftalmología por este motivo. La hermana nos cuenta, sin estar el paciente presente, que no quiere tomarse la medicación, que no ha acudido a la cita con el psiquiatra y que la convivencia en la casa está difícil. En esa casa viven los padres, el paciente y la hermana de éste con su marido y sus dos hijos pequeños. Entre las súplicas de ayuda y las quejas sobre el escaso aseo y la falta de control, así como la falta de entendimiento por parte de los padres de lo que le

estaba sucediendo a su hijo, les intentamos trasmitir apoyo, recabar más información sobre las circunstancias del brote y nos comprometemos a tener una consulta con el paciente.

No recuerdo bien si fue ese mismo día o los siguientes que hablamos con Abdul, muy informal, en la calle, como primera aproximación. Vestido completamente de blanco con su chilaba impoluta y su barba bastante bien cuidada, nos contó lo preocupado que estaba por el problema del ojo, que tenía las citas pero que no sabía lo que le iban a hacer en el hospital y no estaba seguro de si le iban a ofrecer una solución. Cuando sacamos el tema del ingreso en psiquiatría, él minimizaba el asunto, lo asociaba al consumo de cannabis y cocaína y que ya estaba bien, que ya no fumaba tanto y que estaba perfectamente. Que las pastillas que le habían mandado le sentaban muy mal y que no las necesitaba. Intentamos convencerle de que no le iba a hacer mal ir a la consulta con psiquiatría, que podíamos intentar que fuera el mismo día que tenía que ir al oftalmólogo para así evitarle dos visitas al hospital y que se lo pensara. Varios días después nos confirmó su negativa y antes de la navidad le vimos con su ojo a la virulé corregido caminando tranquilo por el barrio. Esta vez nos paramos a hablar con él para ver como estaba, y estaba contento por haber solucionado lo del ojo, y seguía negándose a ir al psiquiatra. No insistimos más.

La familia, con la que intentamos crear una relación de confianza, sabía que podía contactarnos en el momento en que consideraran oportuno. Tenían nuestro teléfono y así podían hacerlo. Pese a todo, y ahora mirando hacia atrás, creo que no encontraron en nosotros lo que esperaban, que era que su hijo volviera a ser el de antes, o que al menos, consiguiéramos ofrecerle un seguimiento o tratamiento que le ayudara a recuperarse. Pero nuestra actuación, entre desbordada e improvisada, fue puntual, valorativa y con un seguimiento muy laxo, por no decir que no fue seguimiento sino esporádico y fruto de los encuentros casuales.

Y fruto de uno de estos encuentros casuales, esta vez con la hermana en la sala de espera de su médico de familia, volvemos a meternos en la vida de Abdul. La hermana, igual de nerviosa que la madre cuando la encontramos por primera vez, me cuenta que Abdul está fatal, que ni come ni duerme ni se lava, que no sabe que hacer con él, que se está enfrentando al padre, que tiene miedo por sus hijos y que está diciendo cosas muy raras. Me dice que viene a contárselo al médico para que haga algo para que lo lleven a urgencias, porque Abdul se niega a ir al médico o a cualquier sitio con sus padres. Le digo que voy a hablar con mi compañero y que le digo lo que podemos hacer. Cuando entro a la consulta de mi compañero, entre paciente y paciente, para comentarle el caso ya que Abdul no es paciente suyo (no es paciente de nadie, no tiene

permiso de residencia porque ahora no tiene trabajo y le denegaron la renovación, pese a llevar desde los 10 años en España, así que su tarjeta sanitaria sólo esta en vigor porque afortunadamente aún no cruzaron los datos) me dice que muy bien, pero que no hay nada que pueda hacer, que si el paciente no quiere, no se le puede obligar. Le recuerdo la posibilidad de hacer un traslado forzoso, y me indica que lo haga yo, que conozco mejor al paciente. Enfadada salgo de la consulta, y le digo a la hermana que al día siguiente iremos a primera hora de la mañana a ver a su hermano y que si está de nuevo descompensado, que tramitaremos un traslado forzoso. Ese día antes de irme llamo al psiquiatra al que han asignado al paciente, pero que no conoce, para comentarle el caso y ofrecerle la posibilidad de bajar con nosotros al día siguiente para valorarlo en el domicilio y tramitar, si se precisa, un traslado forzoso al hospital. Se excusa por no poder ir él personalmente (tiene la consulta llena) pero me ofrece su teléfono personal para que le llame en cuanto haya realizado la valoración y tramitar el traslado y avisar a los compañeros del hospital.

Así que así, el último día de trabajo antes de las vacaciones de semana santa, nos plantamos a las nueve de la mañana en la casa de Abdul. Junto con nosotros está una residente de salud pública. El padre está esperándonos en la puerta y nos invita a pasar a la casa. Nos dice que Abdul está encerrado en su habitación pero que le avisa para que salga. Esperando en el salón, parece que estamos en Fez y no en el barrio, aparecen los sobrinos de Abdul de aproximadamente 4 y 7 años. La sobrina, que es la mayor empieza a hablar con nosotros de forma risueña, feliz de contarnos las cosas que aprende en el colegio. Examinando nuestros conocimientos, nos pregunta insistentemente si conocemos a don Quijote y a su amigo Sancho. Le respondemos sucesivas veces que si, y ya le preguntamos, pero a ver, tú que sabes de don Quijote? Y entonces nos empieza a contar que era un señor muy alto y muy delgado y que iba de viajes con su amigo Sancho y que lo que le pasaba era que veía monstruos por todas partes. Entre tanto aparece Abdul en el quicio de la puerta, más quijotesco que nunca, mirándonos con cierto recelo. Le invitamos a pasar “hemos venido a verte” le decimos “y estamos aquí charlando de literatura con tu sobrina”. Tras hacer algunos comentarios despectivos sobre su familia, accede a sentarse con nosotros alrededor de la mesa donde nos han servido té y pan con aceite del que estamos dando buena cuenta. Abdul sigue criticando a su familia, estos no saben nada, y cosas por el estilo, hasta que finalmente admite, es que estos no son mi familia real. Sorprendida le pregunto a qué se refiere. La respuesta no es directa pero si que nos da un primer acceso al contenido de su delirio: Abdul, ha elaborado una teoría por la que sus problemas de residencia quedan solventados. Esta teoría consiste en que él es un niño robado, que en verdad él nació en Andalucía, posiblemente de padres gitanos, y que le robaron y le

llevaron a Marruecos para venderle a la familia con la que vive ahora. De eso se ha dado cuenta en los últimos años que lleva en el barrio, que estando con los gitanos se siente mucho más cercano que con la familia con la que vive. En ningún momento le cuestiono sus ideas y tan sólo muestro curiosidad por esta elaboración.

Abdul, que lleva viviendo en España la mayoría de su vida, se ha quedado recientemente sin permiso de residencia al no tener trabajo. Y al igual que en sueños se nos aparecen en otra lógica los contenidos de nuestra vida consciente, Abdul en su delirio reproduce su precaria situación construyendo una posibilidad de ser en el espacio al que siente que pertenece, pero al que ahora le niegan la pertenencia. Cambiando identidades, siendo niño gitano robado convertido en marroquí y de nuevo en España, puede reclamar su pleno derecho a quedarse en el país donde vive. Si en el siglo XIX la temática principal de los delirios eran religiosos y en nuestro días suelen ser tecnológicos, era la primera vez que escuchaba un delirio con semejante contenido identitario y que reflejara la huella del aparato biopolítico. Entre esto y otras tantas otras cosas, le insisto en que le noto muy nervioso, que entiendo que lo está pasando mal, que su misión de salvar el país (si, también podíamos poner la etiqueta al specimen delirio de megalomanía) era muy complicada y que debía descansar, y que se tomara estas pastillas (zyprexa 5mg) que le ayudarían a encontrar un poco de sosiego y a pensar más tranquilo. Debió sonar medio convincente porque accedió y quedamos en vernos al día siguiente a ver como estaba, aunque lo que hicimos fue llamar al psiquiatra y tramitar el traslado involuntario.

El traslado fue otra odisea porque la ambulancia, acompañada de la policía y con el consiguiente esperpento, tardó siete horas en llegar, y el ingreso esta vez fue más prolongado porque insistimos que hacía falta buscar un recurso de apoyo para la familia y que había que trabajar la famosa conciencia de enfermedad. Esta vez ya si que implicamos a más personas en un seguimiento que a nosotros se nos quedaba grande, ofreciéndonos como coordinadores con la familia. Abdul empezó a ir a un centro de día y le ayudaron a recurrir su denegación del permiso de residencia. Y, aunque más apagado, de vez en cuando le veíamos pasear por la cañada. Y entonces yo me fui otra vez a escribir cosas como estas y darle un formato de tesis. Y cuando vuelvo en navidad a reencontrarme con mis compañeros, tras hablar de lo uno y lo otro me van actualizando de las cosas de nuestros pacientes, los nuevos embarazos, lo que resultó ser lo que parecía, lo que les sorprendió. Y en estas, que me dicen, claro tu no sabes lo de Abdul. Y yo ¿qué de Abdul? Y me cuentan que le han diagnosticado hace unos meses SIDA, que ingresó con una infección oportunista y que tenia 50 CD4. No doy crédito a lo que escucho, no porque no me crea que tenga una infección VIH sino porque en ningún momento se me

ocurrió preguntarle ni por su vida afectiva, ni por sus prácticas. Me obcequé con su salud mental y con un delirio que me parecía interesante. Si el delirio fuera sobre su identidad sexual, se me hubiera ocurrido pedirle ITS? Probablemente si. ¿Hubiera cambiado el pronóstico? Probablemente también ¿y ahora qué, sabemos algo de su/s pareja/s? Mis compañeros como me ven preocupada me dicen que esté tranquila, que se lo tenían que haber pedido en el hospital en el ingreso. Sé que lo dicen con buena intención para que no me culpabilice, pero les digo que yo también lo tenía que haber visto, que había sido un caso muy a trompicones, muy fruto del azar del encuentro pero que no lo convertí en un paciente a seguir, que me hubiera permitido ver más cosas que el momento urgente. Ellos me repiten que no me preocupe, que lo debían haber pedido en el hospital. Esta respuesta me sorprende en cierta manera, y fue la que encontré de aquellos con los que comenté el caso (una amiga médica de familia también y un psiquiatra al que en su día pedí consejo sobre este caso).

Cuando analizo por qué se me pasó por alto encuentro varias explicaciones: por una parte no presté la suficiente atención a los informes de urgencias, en lugar de hacer un enfoque más abierto, me quedé con el reduccionismo psiquiátrico, tranquila con que la analítica y el TAC eran normales. En lugar de partir de cero, di por descartada patología orgánica. Sin embargo, si que abrí el enfoque a hacerlo más social, intentando entender la situación familiar y personal del paciente. Pero de nuevo dejé su vida sexual de lado cegada por el problema de residencia y los escasos recursos. Como el consumo era de cannabis y no de heroína, tampoco me saltó la alarma de pedir serologías. Otro factor determinante creo que fue la ausencia de seguimiento, que es algo que nos tiende a pasar con algunos casos en este barrio, que suelen ser aquellos que están en tierra de nadie, es decir, ni están totalmente excluidos (pueden tener acceso puntual a ciertos servicios) ni incluidos. Y al final se quedan ahí, a medias. Y por último, yo que pensaba que tenía clarísimo que a las personas que tienen trastornos mentales severos les pasan otras cosas que hay que estudiar (si no las marquesinas de los autobuses estarían repletas de pacientes con trastorno bipolar centenarios) en este caso me cegué con su patología mental y no miré más allá. Supongo que me pudo el estigma de la enfermedad mental, en realidad no pude acercarme al paciente. Todo esto me hace cuestionarme mi propia habilidad como médica de familia conjugado con mi temor a perder destreza y práctica al estar varios años sin ejercer. Pienso que si no me hubiera llamado tanto la atención el contenido del delirio del paciente, que desde el punto de vista del discurso me parecía muy jugoso, tal vez me hubiera centrado más en Abdul, y no sólo en sus síntomas.

Cierto es que no sólo a mí se me pasó por alto este pequeño detalle, como mis amigos y compañeros insistían en recordarme, pero me gustaría, en lugar de echarnos el balón-error los unos a los otros, analizar por qué a todos se nos pasó por alto. Curiosamente yo no comentaba el caso con ellos para que me animaran, sino para que pensáramos juntos qué podemos hacer para prevenir estos errores. Me resulta llamativo que todos nos cegáramos, que ni el enfermero, ni la residente –rotante en una unidad de infecciosas- ni yo, durante las siete horas de espera de la ambulancia pensáramos en ir más allá. Que en los momentos en los que no había la emergencia psiquiátrica no se nos ocurriera indagar sobre su seguimiento médico.

Después de presentar en el seminario me refuerza la importancia de intentar ver a los pacientes de cero, no a partir de lo escrito en el informe de urgencias, de pensar en los grandes simuladores (sífilis, tuberculosis, VIH, enfermedad de Lyme y sarcoidosis) y de que el diagnóstico de enfermedad mental es siempre por descarte de enfermedad orgánica.