

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Periodicidad quincenal
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line
www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE PASIVO CON ACOMPAÑANTE INVASIVO

Patrocinado por



Solicitada acreditación al Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continua (SEAFORMEC)



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 68/2007



INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE PASIVO CON ACOMPAÑANTE INVASIVO

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE PASIVO CON ACOMPAÑANTE INVASIVO

AUTOR: JUAN CARLOS AGUIRRE RODRÍGUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
MÉDICO DCCU DEL DISTRITO METROPOLITANO DE GRANADA. SANTA FE (GRANADA). MIEMBRO DEL GRUPO DE DIABETES DE SEMERGEN

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE
MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD DEL LIMONAR. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

La atención de las urgencias o las guardias en los servicios de urgencias son una actividad importante en el quehacer del médico de Atención Primaria, y suponen una oportunidad para poner en práctica todas las habilidades en entrevista clínica y comunicación que podamos desarrollar debido a sus especiales características: gran presión asistencial, la atención no es longitudinal sino muy puntual por un problema concreto, se realiza una anamnesis rápida, muy controlada y dirigida hacia la detección de determinados signos y síntomas clave que nos orienten hacia un posible diagnóstico, se indica un tratamiento, la mayoría de las veces sintomático y del que se espera efectividad en muy corto espacio de tiempo, y en muchas ocasiones, las expectativas del paciente no coinciden con las del profesional que lo atiende.

Por otra parte, la intensidad emocional y la ansiedad del paciente que solicita atención urgente es muy diferente a la del que acude a una consulta tradicional o programada, ya que en muchas ocasiones éste se ve desbordado por el temor a las posibles consecuencias de su problema y sólo espera, en la mayoría de ocasiones, una asistencia rápida y efectiva, y ante la demora, o las expectativas no cumplidas se enfrenta al profesional que le atiende, al cual puede hacer responsable de la mayoría de sus padecimientos. Un elevado porcentaje de los pacientes que acuden a los servicios de urgencias suelen ir acompañados, bien de un familiar o de un amigo que intenta ser de ayuda, pero en determinadas ocasiones éste no sólo participa como colaborador en la relación médico-paciente, sino que puede llegar a ser el protagonista, convirtiéndose en un problema añadido.

CASO CLÍNICO

Servicio de urgencias del centro de salud. 18.00 horas de un día cualquiera, entra en la consulta Antonio, un paciente al que no conocemos en absoluto (el sistema informático está fallando una vez más, por lo que no podemos acceder a los datos de su historia clínica), tiene 46 años y viene acompañado de la que suponemos que es su esposa. Aunque entra por su propio pie, parece tambalearse, se encuentra pálido y sudoroso.

(Médico): ¿Qué le ocurre Antonio?

(Antonio): Me encuentro mal, me duele aquí (señalándose zona epigástrica)...

(Esposa): Se lo tengo dicho doctor, ¡que no coma tanto!, hoy se ha pasado y ha vomitado, y...como tiene hernia de hiato pues ya está. ¡Es que este hombre no vale para ponerse enfermo!

(Médico): Antonio ¿Cómo es ese dolor? ¿Cómo un pinchazo, como presión...? ¿cuánto tiempo hace que empezó?

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE PASIVO CON ACOMPAÑANTE INVASIVO

(Esposa): Ya se lo he dicho, cuando come más de la cuenta se pone así, ¿no lo ha visto en el ordenador?, tiene hernia de hiato, no quise que le hicieran la prueba de las gomas, y cuando no toma omeprazol, se pone así. Si yo hubiera tenido omeprazol en la casa lo hubiese solucionado, pero...

(Médico): Antonio ¿se va hacia algún sitio el dolor? ¿está fijo? ¿se le calma con alguna postura?...

(Esposa): Es que es muy quejica ¿sabe?, pero si le ponemos un primperan y un omeprazol todo solucionado. Cada vez que vomita se pone así: ¡muriéndose! ¡Ay Dios mío, si los hombres tuvieran que parir...! Anda, súbete en la camilla que seguro que el doctor te quiere tocar la barriga.

(Mientras va hacia la camilla, la esposa, con gesto cómplice se dirige al médico y en un tono muy bajo le dice: “a ver si le prohíbe el tabaco, que no hay forma...” (Antonio se sienta en la camilla, hace un gesto de dolor y se señala un poco más arriba de la zona epigástrica...).

(Médico): Antonio, ¿le duele el pecho...?

(Esposa): ¡Que va! Es el estómago, que se le acumulan los gases y cada vez que vomita...

(Médico): Enfermera, vamos a hacer un electrocardiograma a este paciente...

(Esposa): ¿un electro...? Pero si hace una semana se lo hizo su médico y todo estaba bien... lo mejor es que le ponga un primperan...

El electrocardiograma presenta elevación del ST en II, III y AVF: Antonio tiene un Síndrome coronario inferior agudo, y casi no ha dicho una sola palabra.

DISCUSIÓN

La parte principal de la fase exploratoria de la entrevista clínica, y sobre todo en urgencias, se basa en delimitar la demanda, aunque parezca obvio, lo prime-

ro es saber por qué acude el paciente a la consulta, que no siempre es lo que nosotros pensamos o lo primero que nos dice... Para ello es imprescindible atender la exposición de motivos, no sólo en su contenido sino en su forma, e ir observando pequeños detalles que no deben pasar inadvertidos para un “buen ojo clínico”. Pero, a pesar de concentrarnos e intentar averiguar qué es lo que realmente le ocurre a nuestro paciente, a veces es bastante difícil: bien por producirse múltiples consultas de forma simultánea (“doctor shopping”), bien por razones ocultas que llevan a los pacientes a ocultar determinados datos para “ponernos a prueba”, o buscar determinados intereses o bien por las interferencias debidas al acompañante.

Como he referido anteriormente, más del 40% de las entrevistas clínicas se realizan en presencia de acompañante (este porcentaje casi se duplica en el caso de las consultas urgentes). Éste puede tener importantes implicaciones en la relación médico-paciente, y en ocasiones, es muy útil tenerlo en cuenta para plantear estrategias que permitan ordenar y reconducir la entrevista, así como para intuir posibles conflictos familiares. Los diferentes acompañantes los podemos clasificar en (Tabla I): colaborador, pasivo, invasivo y enfermo.

El acompañante colaborador es realmente útil, y puede convertirse en nuestro aliado a la hora de aportar información oculta u olvidada, matizar o aportar otro punto de vista sobre determinados síntomas o hechos, servir de apoyo en la adherencia o seguimiento...

El acompañante pasivo es muy frecuente, sobre todo entre los hombres. Generalmente no suele pasar a la consulta quedándose en la sala de espera, y cuando pasa se queda totalmente callado, sin apenas intervenir en la entrevista. En general, es conveniente hacerle participar, por educación y respeto, pero su colabora-

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE PASIVO CON ACOMPAÑANTE INVASIVO

TABLA I. Tipos de acompañantes

Tipo	Frecuencia	Características
Colaborador	50%	No interfiere en la consulta Participa cuando se le pregunta
Pasivo	24%	No interfiere. No se implica No actúa en colaboración
Invasivo	15%	Induce respuestas al enfermo Interfiere dando instrucciones al médico Interfiere dando instrucciones al paciente
Enfermo	4%	Expresa sus propias quejas Proyecta sus quejas en el enfermo (muy típico de las madres en la consulta de Pediatría)

ción puede ser especialmente importante en determinadas situaciones o problemas que afecten al área familiar, es decir debemos intentar que este tipo de acompañante pase de ser pasivo a ser colaborador.

El acompañante invasivo o intrusivo casi no precisa definición tras ver el caso clínico expuesto, ya que está perfectamente representado por la esposa de Antonio, aunque posteriormente lo analizaremos con más profundidad (Tabla II).

El acompañante enfermo es el que proyecta sus síntomas sobre nuestro paciente, que bien puede también estar enfermo o puede ser sólo una interpretación de este tipo de acompañante; esta situación es extremadamente frecuente en las consultas de pediatría, cuando las madres depresivas o ansiosas creen que sus hijos necesitan ayuda. En estos casos hay que conseguir demostrar que el paciente no está realmente enfermo, y para ello hay que atenderlo escrupulosamen-

TABLA II. Conductas típicas del acompañante invasivo

- Manipulación del médico: “¿No habría que pedirle un análisis?”.
- Suplantación del paciente: “Doctor es como si me retorceran el estómago...”.
- Control de la situación: “Anda, ve a la camilla, que seguro que el doctor quiere tocarte la barriga...”.
- Induce al paciente: “Dile cómo te pones cada vez que comes más de la cuenta...”.

te pues su acompañante está convencido de que le pasa algo. Sólo si percibe que el paciente está bajo control podrá tranquilizarse y darse cuenta de su propia ansiedad.

En el caso que nos ocupa nos encontramos ante un acompañante invasivo (que seguro todos hemos “sufrido” alguna vez), que, aunque es uno de los tipos menos frecuentes despierta en nosotros agresividad e irritación, e incluso puede hacer que perdamos nuestra capacidad de concentración en lo realmente importante: el paciente. La esposa de Antonio participa activamente en toda la entrevista, identificándose con el malestar de su marido hasta tal punto, que lo interpreta y define como propio, y, por otra parte, trata de sustituirnos proponiendo los tratamientos que ella considera aplicables. Detrás de este tipo de acompañantes puede haber:

- a) Un familiar protector, en ocasiones deseado por el propio paciente.
- b) Un familiar dominante que quiere controlarlo todo.
- c) Un familiar ansioso que sobrevalora los síntomas y siempre piensa en la presencia de enfermedades muy graves.

INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO EN PACIENTE PASIVO CON ACOMPAÑANTE INVASIVO

Ante esta situación podríamos haber actuado de muchas formas y probablemente todas correctas. El médico que atendió a este paciente en todo momento se dirigió a él, a pesar de que fuese la esposa quien reiteradamente interviniese (Antonio ¿qué le ocurre?, Antonio ¿cómo es el dolor?, Antonio...), esta técnica acompañada de un lenguaje no verbal (no mirar a la esposa y en cambio, dirigir la mirada a Antonio) en determinadas ocasiones puede disuadir a estos acompañantes de volver a intervenir, pero como vemos este no ha sido el caso. También podríamos haber optado por decirle a la esposa que nos dejase solos, pero ¿Cómo hacerlo sin herir su susceptibilidad y sin alterar el desarrollo de la consulta? Cómo siempre indicamos, no existe una única regla, y dependerá de cada caso y cada persona en concreto, por ejemplo, tras tumbar a Antonio en la camilla, podríamos habernos dirigido a la esposa, siguiendo su tono cómplice (“a ver si le prohíbe el tabaco, que no hay forma...”) e indicarle que fuera un momento a recepción y que le pidiera algún documento importantísimo, algún papel imprescindible, algo... al personal de admisión (?), con lo cual ella se seguiría sintiendo protagonista y nosotros habríamos

conseguido mantener unas palabras a solas con Antonio que nos hubiesen puesto en la pista de la patología coronaria.

De todas formas, señalaremos algunas de las estrategias más idóneas para enfrentarnos a este tipo de interferencias:

1) **Reguladores de conversación:** dirigir la mirada hacia el paciente con técnicas de apoyo narrativo: facilitaciones, gestos... y evitar la mirada del acompañante.

2) **Vacía de la interferencia:** dejar que el acompañante exprese libremente sus preocupaciones (¿Qué cree que deberíamos hacer con su marido?...).

3) **Técnica del puente:** estableciendo un “puente” entre el paciente y el acompañante (Antonio: ¿Qué opina usted de lo que acaba de decir su esposa?...).

4) **Pacto de intervención:** suele usarse tras el vaciaje: “Ahora me gustaría hablar un rato con Antonio ¿le parece bien?”.

5) **Creación de un nuevo entorno:** ¿podría dejarnos un momento a solas?

Aunque en ocasiones, aún a riesgo de deteriorar la relación establecida, no habrá más remedio que pedirle que se calle.

BIBLIOGRAFÍA

- Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Ediciones Doyma S.A. 1993.
- Fernández Casalderry. “Escuchando al paciente (Parte exploratoria de la entrevista clínica)”. En: Entrevista e historia clínica. Pag: 25-38. Semfyc y Semergen 2002. Semfyc y Semergen Barcelona, 2002.
- McDaniel S, Campbell TL and Seaburn DB. Orientación familiar en atención primaria. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1998.
- Neighbour R. La Consulta Interior. J & C Ediciones Médicas S.L. 1998.
- Roter D. Patients talking to doctors, doctors talking to patients. Auburn House. Westport Conn., 1992.