

Cómo salir de una trampa para pulpos.

Eva Sampedro Núñez* y **Juan Carlos Arbonies Ortiz**** (*) Residente de 2º año de Medicina Interna Hospital Universitario Donostia. (**) Médico de Familia y Tutor del centro de Salud de Gros-Donostia

Resumen: Una residente de medicina interna en su rotatorio por atención primaria, vuelve a ver a una paciente que ella misma atendió previamente en el hospital por un síndrome raro (Tako-tsubo). La perspectiva con la que la paciente es atendida en este contexto da pie a la residenta a reflexionar sobre su aprendizaje.

How to get out of an octopus trap. Summary: A resident of internal medicine at her rotation in primary care, returns to see a patient she herself attended in the hospital previously due to a odd syndrome (Tako-tsubo). The perspective with which the patient is treated in this context gives to the resident the opportunity to reflect on her learning in a different way.



La Perspectiva de una residente de medicina interna rotando en atención primaria

Próxima parada: Medicina de Familia y Comunitaria, arranca mi rotación por Atención Primaria. Como residente de segundo año de Medicina Interna, y echando la vista atrás, muchas son las especialidades clínicas por las que he pasado en este último año y medio, a cada cual más interesante e importante para mi formación como internista. Sin embargo, no puedo evitar sentirme cuanto menos más identificada con esta nueva especialidad, en la que me sumergiré de lleno durante los próximos dos meses.

Al igual que en la mía, el médico de familia tiene como pilar fundamental de su práctica clínica el paciente entendido como un ?todo?, abordando todos y cada uno de sus problemas de manera integral. De hecho, y dada la figura del médico de familia como referente de asistencia médica dentro de la comunidad, éstos se han convertido en verdaderos expertos en detección y manejo de

problemas en la esfera de lo psicosocial. Lo cierto es que esta faceta del médico de familia es para mí uno de los principales atractivos de mi rotación por Primaria. Animada por mi tutor en el ambulatorio, comienzo a interesarme por el abordaje integral de los problemas prestando especial atención a la esfera psicosocial, con el objetivo de mejorar mi práctica clínica utilizando como herramienta la comunicación efectiva entre médico y paciente. Y así es cómo llegamos al caso de la paciente sobre la que os quiero hablar en estas líneas.

El caso de Antxoni (I)

Antxoni, una mujer de 78 años que desde hace unos meses acude con bastante asiduidad a la consulta de Atención Primaria con múltiples quejas somáticas (mareos inespecíficos, cefalea, dispepsia?), sin encontrarse hallazgos significativos que expliquen dichas quejas en las diversas exploraciones y pruebas complementarias realizadas. Antxoni es una mujer criada en el seno de una sociedad marcadamente matriarcal, en la que tanto el cuidado de los hermanos como de los hijos ha recaído sobre las mujeres de la familia. Acude a consulta siempre acompañada de una hija, que a día de hoy asume el papel de cuidadora principal. Dicha inversión de papeles (de cuidadora a cuidada), es un cambio cuanto menos difícil de asimilar en una sociedad como esta. Por lo tanto, Antxoni podría ser perfectamente una más de tantas pacientes que todos estos días he visto desfilan por la consulta de atención primaria; si no fuese porque meses antes ya se había cruzado en mi camino y, por caprichos del destino, ahora volvíamos a encontrarnos. Además ella, sin saberlo, se ha convertido en todo un reto profesional dentro de mi rotación por Atención Primaria.

La historia de esta paciente es de esas historias que a pesar de mi corta trayectoria laboral ha dejado huella en mí por lo insólito de su caso. Estando yo rotando en el servicio de Cardiología, Antxoni ingresó en planta por un Infarto agudo de miocardio. Pero el caso de Antxoni era diferente al del resto de infartos agudos de miocardio que yo había visto hasta el momento. Su historia clínica era la de una mujer que, tras una fuerte discusión con una hermana, acude al servicio de Urgencias con un dolor precordial típico. Se le realiza un ECG en el que se objetiva una elevación del ST en las derivaciones correspondientes a la cara apical del corazón, y en la analítica, una marcada elevación de los biomarcadores de daño miocárdico. Se le realiza un cateterismo de forma urgente, en el que no se encuentran lesiones que disminuyan críticamente el flujo dentro las arterias coronarias para sorpresa de todos. El caso es etiquetado como Síndrome de Tako-tsubo, esa extraña entidad tan poco prevalente en nuestro medio, que recordarla me evoca a lugares tan exóticos como el lejano Japón, donde se describió por primera vez en mujeres tras un evento estresante agudo; y cuyo nombre no significa otra cosa que "trampa para pulpos," por las similitudes que éstas guardan con la morfología que adopta el ventrículo izquierdo en este síndrome. Lo cierto es que había oído hablar de dicha entidad en mi época de estudiante en la Facultad, incluso la había estudiado durante la preparación MIR; lo que nunca imaginé es que en mi primer año y medio de residencia vería algún caso. Por eso, cuando Antxoni entró por la puerta de la consulta de Primaria la reconocí al instante. Me recuerdo entre emocionada y divertida por volver a encontrarme con ella. Lo cierto es que tenía buen aspecto, y clínicamente todo apuntaba a que se había recuperado totalmente. Sin embargo, la paciente y su hija no entendían que tan sólo 6 meses después de haber pasado un infarto se le diera de alta de la consulta de cardiología. Además de expresar esta preocupación, la paciente seguía refiriendo múltiples quejas somáticas para las que ningún profesional sanitario encontraba explicación, y mucho menos una solución. Todo esto hizo que me preguntase acerca de la forma en que informamos a nuestros pacientes y sobre cómo podemos ayudarles cuando se encuentran en situaciones de incertidumbre y preocupación.

Había llegado el momento de ponerse manos a la obra y ayudar a Antxoni a salir de esta "trampa para pulpos" en la que parecía haberse metido nuevamente. Instada por mi tutor en Atención Primaria, y tras varias charlas con él sobre la Comunicación Médico-Paciente y las diferentes intervenciones psicológicas que se pueden llevar a cabo en una consulta de Primaria, comencé a buscar información en la literatura publicada sobre estos temas. Información que más adelante pudiéramos aplicar con Antxoni. Como podéis deducir y, como ya he adelantado en estas líneas más arriba, se presentaba ante mí todo un reto profesional.

Buscando encontré aseveraciones tan interesantes como que el uso efectivo de las habilidades comunicativas realizado por los médicos en el ámbito clínico beneficia tanto al profesional como a sus pacientes. Por una parte, el médico identifica los problemas de sus pacientes con mayor precisión (1), y por otra el nivel de satisfacción de ambos aumenta (2). Con una comunicación efectiva las molestias somáticas en el paciente disminuyen y aumenta su satisfacción (3). Aunque son pocos, existen estudios, incluyendo ensayos randomizados, que muestran que mejorando la comunicación en aspectos específicos también mejoran los resultados fisiológicos (3,10). Dos estudios independientes demostraron una mejoría en las glucemias de pacientes diabéticos cuando sus

médicos aprendieron habilidades comunicacionales que les permitían centrarse más en el paciente (5,6). Un estudio clásico es el 'Headache Study' realizado en neurología ambulatoria en el cual se demostró que el factor más importante en la mejoría de la cefalea crónica no fue un diagnóstico claro ni la indicación de medicamentos efectivos, sino la percepción del paciente de que había tenido una oportunidad de contar su historia y de discutir en profundidad sus preocupaciones y creencias (7). Así pues, la literatura reconoce el impacto que produce la competencia en habilidades comunicativas en la capacidad diagnóstica, la toma de decisiones y la adherencia al tratamiento; elevando así la comunicación efectiva a un nivel de intervención clínica, lo que nos permite comenzar a hablar de ella como una opción terapéutica.

[Principios básicos de una buena comunicación \] médico-paciente & Abordaje Cognitivo-Conductual: Generalidades \] El caso de Antxoni \(II\)](#)

Estos pasos son los que intentamos aplicar con Antxoni. En la primera consulta le dimos la oportunidad de expresarse trabajando desde la empatía, legitimizando su sufrimiento ante el problema familiar, y definimos junto a ella y su hija el listado de problemas. Con el objetivo de conseguir una actitud más proactiva, le propusimos una serie de tareas que ella tendría que realizar para romper con su rutina diaria: salir a caminar, realizar actividades que le resultaran agradables como hacer punto, valorar las cosas buenas que le ocurrían en el día. Nosotros por nuestra parte, adquirimos el compromiso de hacer un seguimiento más estrecho de su evolución con citas programadas en la consulta. Habíamos sembrado la semilla de la terapia Cognitivo-Conductual.

Dos semanas después de esta primera consulta, acude de nuevo la paciente acompañada por su hija. Refiere encontrarse algo mejor de las molestias gastrointestinales que desde hacía meses venía acusando, sin embargo, apenas ha notado cambios en su estado anímico y le cuesta llevar a cabo las tareas asignadas en la primera consulta. Recordamos lo hablado en la consulta anterior, realizamos refuerzo positivo de los pequeños logros alcanzados e insistimos nuevamente en la importancia de una actitud proactiva frente a la rutina del día a día. Citamos nuevamente en consulta dentro de dos semanas.

Para ser sincera y ante mis ojos inexpertos, no tenía la impresión de que se hubiese producido un cambio sustancialmente importante con respecto a la consulta anterior; sin embargo, mi tutor se mostraba francamente esperanzado y satisfecho de cómo marchaban las cosas. Cuál fue mi sorpresa cuando en la siguiente consulta la paciente acudió sola por iniciativa propia, fue entonces cuando claramente me di cuenta del cambio de actitud que había tenido lugar en la paciente. Las quejas somáticas habían pasado a un segundo plano y anímicamente había percibido una clara mejoría, se encontraba con ganas de integrar a su vida los ejercicios y las tareas propuestas. Esto hizo que nos decidiésemos a pasar a la siguiente etapa, la de seguimiento, en la que de forma consensuada con la paciente comenzamos a espaciar las visitas al médico. Una vez más es probable que mi inexperiencia me haya jugado una mala pasada, al pensar que la intervención había sido todo un éxito. En cambio, esta vez es el tutor el que se toma tan espectacular mejoría con cautela, instando a la paciente a mantener esta actitud cuando vengan 'días malos', y dejándole una puerta abierta a volver a consulta antes de la cita si así la paciente lo cree necesario.

¿Qué me ha enseñado hasta ahora el proceso de atención a Antxoni?

El caso aún no está cerrado (pero me pregunto si es que se cierra algún caso definitivamente en atención primaria), sin embargo, para mí lo que he vivido aquí del proceso de atención a Antxoni en sí mismo me hace reflexionar sobre algunas cosas que me gustaría compartir:

En primer lugar, **lo que esto ya me ha enseñado**: claves básicas de práctica clínica para realizar una comunicación efectiva y de calidad entre médico y paciente, y la importancia que tiene dicha habilidad para llegar a los verdaderos problemas que subyacen en cada una de las consultas o visitas médicas que nos hacen nuestros pacientes. La persona funciona como un 'todo' biológico-psicológico-social, que no podemos desligar y atender fragmentadamente. En ciertas situaciones las personas se 'enredan' quedando atrapadas una 'trampa para pulpos' de la que les cuesta salir. Para ello podemos aplicar técnicas de terapia cognitivo-conductual que con un cierto entrenamiento pueden aplicarse en la consulta de un médico generalista y en otro tipo de consultas.

También he visto (aquí mucho mejor que en la planta de medicina) que cada persona, cada paciente, lleva su ritmo, que tenemos que

respetar si queremos ayudarle a cambiar.

A la vez, me doy cuenta que en este momento me faltan por aprender habilidades prácticas para llevar a cabo toda la teoría que hemos revisado durante estos meses. Considero ahora que usar bien las habilidades comunicativas no es nada fácil y aún me queda mucho. Por esto en mi agenda formativa pretendo dar prioridad a: Primero, entrenarme en la escucha activa de los pacientes, captar ¿pistas? o claves, con el fin de detectar el verdadero motivo de consulta por el que el paciente acude a nosotros. Segundo: interesarme tanto por los problemas de salud por los que consulta el paciente como por las circunstancias de vida que tiene, con el fin de poder abordar su proceso de enfermedad de una manera global sin descuidar nunca la esfera psicosocial (ya que una problemática social no resuelta puede generar tanto o más malestar que la propia enfermedad). Tercero: Ir un paso más allá en mis habilidades clínicas y formarme en técnicas concretas, que son mucho más útiles de lo que al principio de mi rotación pensaba, por ejemplo, terapias cognitivo-conductuales.

Conclusiones

Me gustaría también comentar lo que aporta haber escrito este artículo, yo diría que la importancia de dar a conocer lo que realmente está pasando en la práctica clínica (tanto a nivel hospitalario como en Atención Primaria). La mayoría de las veces el tiempo que tenemos en este sistema para atender a los pacientes es limitado, y desde nuestra formación en la Facultad somos profesionales entrenados para detectar enfermedades, por lo que siempre vamos al síntoma, a preguntar por él en repetidas ocasiones intentando definirlo lo mejor posible y reducimos al paciente a una especie de ente portador de enfermedades que nosotros debemos diagnosticar, y olvidamos escuchar sus temores y que es lo que verdaderamente le preocupa y el motivo real por el que acude a nosotros a buscar soluciones. Esto es un poco lo que pasó con Antxoní, que inició un verdadero peregrinaje por diferentes especialidades médicas con el fin de encontrar alguna enfermedad que justificase todos y cada uno de los síntomas que relataba, cuando en realidad nadie de nosotros se había acordado de hacerle partícipe de lo que le había pasado, de la importancia pronóstica de un Síndrome Tako-Tsubo que se queda con una buena fracción de eyección? nadie había indagado si el problema que le había llevado a tener un Tako-Tsubo seguía presente o si necesitaba ayuda o herramientas para sobreponerse a lo que le estaba pasando en su vida personal.

Por lo tanto, este caso es un claro ejemplo de la importancia de comunicar bien; otro motivo más por el cual escribir y publicar este artículo, ya que considero que, igual que me ha servido a mí para ser consciente del problema y ver la solución, les servirá a otros profesionales médicos.

Además, no quisiera olvidarme de mencionar que existen ciertas terapias que con un cierto entrenamiento pueden llevarse a cabo en una consulta de Atención Primaria, y que pueden ayudar a nuestros pacientes y darles herramientas para sobreponerse a los problemas que les van surgiendo en el día a día. Pues este es otro nicho de acción que puede aplicarse y que yo, hasta mi rotación por AP con mi tutor, desconocía.

Epílogo

No sabemos cómo evolucionará Antxoní, si logrará salir de una vez de ¿su trampa para pulpos?, quiero creer que probablemente se ha sentido comprendida y sabe que tiene herramientas para hacerlo, pero de lo que estoy segura es de lo mucho que me ha ayudado a mí el privilegio de atenderla con mi tutor. Gracias Antxoní y familia.

Referencias Generales

1. Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review a review (see comments). CMAJ 1995; 152: 1423-33. [Links]
2. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient centred approach in clinical consultations. Cochrane Database Syst Rev 2001; (4): CD003267. [Links]

3. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. Arch Intern Med 1995; 155: 1877-84. [Links]
4. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MW, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. Ann Fam Med 2004; 2: 595-608.
5. Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. BMJ 1998; 317 (7167): 1202-8. [Links]
6. Pili R, Stott NC, Rollnick SR, Rees M. A randomized controlled trial of an intervention designed to improve the care given in general practice to Type II diabetic patients: patient outcomes and professional ability to change behaviour. Fam Pract 1998; 15: 229-35. [Links]
7. Headache Study Group of the University of Western Ontario. Predictors of outcome in headache patients presenting to family physicians a one year prospective study. The Headache Study Group of The University of Western Ontario. Headache 1986; 26: 285-94. [Links]
8. Kurtz SM. Doctor patient communication: principles and practices. Can J Neurol Sci 2002; 29 Suppl 2: S23-9: S23-9. [Links]