

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

DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE POCO COLABORADOR QUE NO ACEPTA EL DIAGNÓSTICO

Patrocinado por



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



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



DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE POCO COLABORADOR QUE NO ACEPTA EL DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE POCO COLABORADOR QUE NO ACEPTA EL DIAGNÓSTICO

AUTOR: JUAN CARLOS AGUIRRE RODRÍGUEZ
DISTRITO METROPOLITANO. GRANADA. 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

Interpretar resultados de pruebas clínicas para diagnosticar una determinada patología es una tarea habitual en nuestra práctica diaria, que en la mayoría de los casos, sólo requiere la correcta aplicación de unos conocimientos teóricos previamente adquiridos, pero, transmitir al paciente estos mismos resultados no es tarea fácil, ya que además del bagaje teórico debemos “saber enfrentarnos” a los sentimientos e ideas preconcebidas de nuestro interlocutor acerca de la enfermedad. La carga emocional que rodea la espera de unas determinadas pruebas, se acentúa aún más, cuando hablamos de procesos crónicos, en los que la colaboración médico-paciente es fundamental para obtener unos objetivos comunes.

El hecho de diagnosticar a un paciente de una enfermedad crónica, en este caso la diabetes, es equiparable, salvando las distancias, a la emisión de un veredicto por parte de un juez; por tanto la relación posterior con nuestro paciente dependerá, y se verá muy influida por el momento del diagnóstico. Así, será muy importante “controlar” la información que damos (contenido: usted es diabético), y sobre todo el cómo la damos (forma: comunicación no verbal, empatía...). El paciente puede tener unas expectativas que posiblemente no coincidan con las nuestras, por lo tanto es el momento de delimitar los conocimientos y creencias que éste posee acerca de su enfermedad y valorar la repercusión que este problema puede tener en su salud y los cambios que supondrá en su vida, evitando dar falsas esperanzas, pero desmintiendo de forma razonable todos los “mitos” que rodean a la enfermedad: ...ya no podré hacer mi vida normal, ...me quedaré ciego, ...me van a cortar las piernas, etc.

CASO CLÍNICO

Manuel tiene 58 años, no acude a la consulta desde hace 3 años, cuando le dijimos que debería cuidarse ya que tenía “el azúcar un poco alta”. En esta ocasión es enviado por su médico de empresa con la siguiente analítica: Glucosa: 186 mg/dl, Creatinina: 0.8 mg/dl, Urea: 36 mg/dl, A. úrico: 9.3 mg/dl, Colesterol: 283 mg/dl, y Triglicéridos: 361 mg/dl.

Nos refiere que seguro que hay un error, ya que de vez en cuando se hace análisis con el glucómetro de su madre diabética y nunca ha tenido más de 160. En cambio sí está muy preocupado por el ácido úrico. No hace tratamiento ni dieta alguna (aunque reconoce que su médico de empresa se lo ha recomendado en varias ocasiones); en el último año ha ganado aproximadamente 12 Kg. (Peso: 96; Talla: 1.72; IMC: 32.5; P. abdominal: 106). En la analítica que le hemos realizado en el centro de salud obte-

DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE POCO COLABORADOR QUE NO ACEPTA EL DIAGNÓSTICO

nemos unos resultados semejantes a los del reconocimiento de empresa: Manuel es diabético.

DISCUSIÓN

Manuel tiene un perfil de paciente muy frecuente en nuestras consultas: él se encuentra bien y a poco que nos esforcemos, tras esta consulta, puede salir con 2-3 fármacos de por vida y con la sensación de ser un enfermo irrecuperable. Desde un punto de vista estrictamente clínico está claro que es diabético y presenta un riesgo cardiovascular considerable (¡teniendo en cuenta que ni hemos mencionado las cifras tensionales!). Aquí hemos finalizado la fase exploratoria de la entrevista clínica y debemos pasar a la fase resolutive; es el momento de transmitir la idea que nos hemos formado sobre el problema y la mejor conducta a seguir. Sin embargo, tenemos que estar preparados para exponer las alternativas existentes y explicar detalladamente el motivo de nuestras conclusiones, ya que no debemos concebir a nuestros pacientes como meros receptores, sino también como productores de información, capaces de analizar críticamente su situación y junto con la información que les proporcionemos deben realizar una reflexión que les lleve a la acción y al cambio; en suma debemos de plantearnos un enfoque centrado en la persona y no en la enfermedad, con un contenido adaptado a sus necesidades individuales (edad, grado de formación, conocimiento previo de la enfermedad...).

Volviendo a nuestro paciente, Manuel ya intuía que podría ser diabético (en ocasiones anteriores se le había mencionado su alteración glucémica, su madre es diabética, él se realiza controles frecuentes, aunque siempre son menores a 160...), pero no acepta esa realidad, él sólo está preocupado por los niveles de ácido úrico. Es el momento clave, y dependiendo de la actitud que adoptemos podremos o no “engancharlo” al paciente, ya que lo que pretendemos fundamentalmente es educar para la salud y

esto es un proceso, no un acto puntual. Un discurso puramente técnico, o paternalista (“...no se preocupe, deje que yo me preocupe por usted”) o incluso antagónico (“...si hubiera hecho las cosas bien, ahora no tendríamos este problema”) pueden hacer que Manuel se distancie definitivamente de su realidad. Por tanto, no sólo deberemos informar al paciente, sino que tendremos que proponer un plan viable y sobre todo negociar, de forma que Manuel entienda todo lo que queremos decirle: hemos de admitir el derecho del paciente a participar en la toma de decisiones que competen a su salud, legitimando sus opiniones y permitiendo la negociación.

La información facilitada debe ser comprensible (hay que comprobar si el paciente la ha comprendido), por tanto hay que dosificarla, no intentar ser extremadamente exhaustivos y extensos en un primer momento, habrá más ocasiones para completar la información. No mezclar datos e informaciones diferentes sobre diferentes problemas (en este caso, dándole la importancia que tiene al ácido úrico, hemos de centrar la información en lo que nos parece más importante: la diabetes. Si intentamos explicar la importancia de la dislipemia, el sobrepeso, la hiperuricemia...de forma conjunta perderemos capacidad de concisión). El paciente no va a recordar todo lo que le digamos, y su capacidad de asimilación disminuye conforme vamos ampliando los contenidos, en este sentido es recomendable informar en primer lugar de aquello que se considera más importante, ya que lo que más se recuerda es lo que se percibe como más importante para la salud: Manuel sentirá que hemos empatizado con él por lo que le decimos, pero sobre todo por lo que haya observado en nosotros y por encima de todo por nuestra comprensión y tolerancia hacia sus emociones.

En resumen, la entrevista clínica puede dividirse en 2 grandes fases: la fase exploratoria (anamnesis y exploración) y la fase resolutive; y dentro de ésta diferenciaremos la fase informativa (diagnóstico) y

DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE POCO COLABORADOR QUE NO ACEPTA EL DIAGNÓSTICO

TABLA I. Fases de la entrevista clínica semiestructurada y centrada en el paciente

1º) Fase exploratoria:

- a) Anamnesis:
 - Apertura: Recibimiento cordial, pregunta abierta
 - Delimitación de la demanda (motivo principal, prevenir demandas aditivas).
 - Escucha activa: Reactividad, empatía, pedir ejemplos...
 - Obtención de información específica
- b) Exploración: la idea del médico y del paciente sobre lo que debe ser una exploración adecuada puede ser diferente.

2º) Fase resolutive:

- a) Informar (Diagnóstico):
 - Enunciación: "Usted tiene 2 problemas, el ácido úrico y el azúcar..."
 - Bidireccionalidad: "¿qué sabe usted de la diabetes?"
 - Ejemplificación: "Los alimentos se transforman en azúcar, y cuando el organismo no la puede utilizar como energía se acumula, como un coche si le echamos gasolina y no lo utilizamos..."
 - Racionalidad: "La dieta y el ejercicio harán que su cuerpo utilice mejor el azúcar, y no se acumule..."
 - Detallar y escribir los cambios: "No debe tomar pasteles..."
 - Toma de precauciones: "Repítame que alimentos puede tomar"
- b) Proponer un plan (Tratamiento): "A mi entender, lo que deberíamos hacer es..."
- c) Negociar y acordar:
 - Exploración de creencias: "Qué piensa usted de...?"
 - Cesiones: "Me parece bien hacer..."
 - Reconversión de ideas: "usted cree... pero..."
 - Reconducción por objetivos: "vayamos a lo más importante..."
 - Pacto: "usted puede comer esto si anda a diario"
 - Errores a evitar: "tirar la toalla", enfadarse y no escuchar, interpretar las intenciones del paciente, asumir riesgos innecesarios, desresponsabilizarse e intentar que el paciente cambie de médico

la fase de negociación (tratamiento): Tablas I y II. Si en esta fase, se detectan resistencias por parte del paciente tenemos diferentes alternativas: Imponer-justificar, persuadir, escuchar y negociar.

Imponer no es la postura más recomendable, ya

TABLA II. Objetivos de la entrevista semiestructurada

Objetivos de la parte exploratoria:

- Conectar Con el paciente
- Averiguar el o los motivos de la consulta
- Vacía de la información preelaborada mediante apoyo narrativo
- Búsqueda de los datos específicos para tomar decisiones
- Acompañamiento a la exploración física o técnicas instrumentales.

Objetivos de la parte resolutive:

- Enunciar y explicar los problemas encontrados, comprobando la comprensión por parte del paciente
- Educar en nuevos hábitos, reconvirtiendo si fuese preciso las creencias incorrectas
- Negociar con el paciente de forma individualizada las medidas preventivas, el diagnóstico propuesto y los tratamientos recomendados
- Llegar a acuerdos consensuados
- Tomar precauciones

que se trata de ratificarse de forma absoluta en la propuesta inicial o, incluso culpabilizar al paciente por su falta de colaboración. No pocas veces hemos oído "lo que tiene que hacer es lo que yo le digo" o "¿cómo cree que va a mejorar si no me hace caso?". Otras veces justificamos nuestra conducta, explicando o argumentando el por qué de la misma, con la intención de convencer al paciente, mientras que lo único que conseguimos es aumentar su reticencia, su resistencia e, incluso su agresividad.

Persuadir no significa manipular, sino influir de forma honesta y responsable con la finalidad de conseguir modificar hábitos de vida que son modificables en nuestros pacientes, respetando en todo momento su decisión. Las técnicas de persuasión se basan en la argumentación, pero sin olvidarnos de la esfera emocional del paciente: "...el hecho de que le de miedo afrontar el problema no significa que no exista. De hecho creo que le está provocando mucha ansiedad y seguirá produciéndose hasta que tome una decisión".

DIAGNÓSTICO DE DIABETES TIPO 2 EN PACIENTE POCO COLABORADOR QUE NO ACEPTA EL DIAGNÓSTICO

Escuchar, negociar, es decir pactar, consensuar. Una negociación es efectiva cuando ambas partes tienen la información adecuada, se aceptan los diferentes puntos de vista, no se mantiene una postura rígida y se respeta y acepta que la decisión final es del paciente como responsable de su salud. Los acuerdos que se obtienen por esta vía mejoran sin duda, la consecución de los objetivos de salud y la relación asistencial. La negociación es una habilidad que se aprende, y ponerla en práctica repercute en una relación asistencial más abierta, más cordial y más relajada, y, en una mejora de la consecución de los objetivos de salud que precise nuestro paciente.

De todas formas, cuando afrontamos discrepancias con nuestros pacientes, los errores más frecuentes son:

- Tirar la toalla: ceder a la primera de cambio: sí, sí le receto sus antiinflamatorios, y le doy el volante para el especialista y... todo lo que quiera”.
- No escuchar: Enfadarse: “si no está de acuerdo, cuando quiera se puede cambiar de médico”.
- Interpretar las intenciones del paciente como intentando hacer de detectives para descubrir posibles “razones ocultas” (¿Qué buscará el paciente con todo esto?).
- Impugnar o castigar la conducta del paciente: “usted está equivocado, se está matando con su

comportamiento y lo que habría que hacer es ponerlo a dieta y olvidarse del dichoso ácido úrico y de los antiinflamatorios”.

- Asumir riesgos innecesarios: “No se preocupe, esto lo solucionamos de momento”.
- Desresponsabilizarse, limitar la accesibilidad: “De acuerdo, lo mando al reumatólogo para que vea ese ácido úrico, pero a mi no me de la lata en una buena temporada”.
- Intentar que se cambie de médico: “Yo no entiendo mucho de ácido úrico, ¿por qué no se cambia a otro médico que sepa más?”.

“Manuel, ese ácido úrico que tanto le preocupa posiblemente esté relacionado con las cifras de glucosa elevadas; ya sé que hacer dieta y ejercicio es difícil, pero estamos a tiempo de evitar complicaciones como las que ya tiene su madre y que a usted tanto le asustan, y posiblemente con el tratamiento que le indique y con su colaboración podamos controlar la situación; ¿qué opina?”. Esta podría ser una fórmula, pero no la única, ya que como casi todo lo relacionado con la medicina no se trata de una ciencia exacta, las técnicas de escucha, escucha asertiva, empatía y negociación se aprenden y perfeccionan con la práctica, por tanto aquí se puede aplicar la frase que encajaba las prescripciones de los antiguos colegas a los farmacéuticos: “Hágase según arte...”.

BIBLIOGRAFÍA

- Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Ediciones Doyma S.A. 1993.
- Cebriá Andreu J y Bosch Fontcuberta JM. La peregrinación por la rueda del cambio tiene indulgencia sanitaria plena. FMC 200; 7 (4): 233-236.
- Caramiñana Barrera F. “Medidas educativas e higiénico dietéticas a aplicar en el tratamiento del paciente diabético” En: Actualización en diabetes para el médico de atención primaria. Pág.: 16-28. Barcelona: Ed. Dendrite, 2006.
- Fisher R, Ury W and Patton B. Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder. Ed. Gestión 2000 S.A. Barcelona 1998.
- Ginés Díaz Y. “Negociando con el paciente”. En: Entrevista e historia clínica. Pág.: 53-62. Semfyc y Semergen 2002. Pág.: 53-62. Semfyc y Semergen Barcelona, 2002.