

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.
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line

www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

EVALUACIÓN
YA DISPONIBLE
EN INTERNET

PACIENTE HIPERTENSA CON POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE PRESENTA UN ACV



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



Actividad acreditada en base a la encomienda de gestión concedida por los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo al Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos con **0,5 CRÉDITOS equivalentes a 2 horas lectivas**



Patrocinado por



CRÉDITOS RECONOCIDOS POR EL "EUROPEAN ACCREDITATION COUNCIL FOR CME" (EACCME) DE LA UEMS

PACIENTE HIPERTENSA CON POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE PRESENTA UN ACV

PACIENTE HIPERTENSA CON POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE PRESENTA UN ACV

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

AUTOR: JUAN CARLOS AGUIRRE RODRÍGUEZ
MÉDICO DE FAMILIA
CENTRO DE SALUD DE SANTA FE (GRANADA)

INTRODUCCIÓN

El progresivo envejecimiento de la población asociado a una mayor esperanza de vida, al abandono de los tradicionales hábitos de vida saludables y, por qué no decirlo, a la mayor calidad y eficacia de las medidas terapéuticas, hacen que el número de pacientes con patologías crónicas aumente día a día en nuestras ya saturadas consultas de Atención Primaria. Diabetes e hipertensión, bien de forma aislada, o tan frecuentemente asociadas como las vemos a diario, suponen una muy importante parcela de nuestro trabajo, no sólo por ser patologías con una alta prevalencia sino también por ser dos de los principales factores de riesgo responsables de la mayoría de complicaciones cardiovasculares de nuestros pacientes.

La enfermedad cardiovascular pasa por tres periodos bien distintos dependiendo de la expresión clínica de la misma: individuo asintomático, pero con factores de riesgo cardiovascular; individuo más o menos asintomático, pero con afectación de órganos diana y por último, la fase en la que ya se ha producido un evento cardiovascular.

La hipertensión arterial es probablemente el factor de riesgo cardiovascular en el que mejor se puede seguir esta evolución: durante un tiempo más o menos prolongado, el paciente es hipertenso, aunque se encuentra asintomático. En una segunda fase pueden aparecer lesiones a diferentes niveles: cardiaco (la manifestación más precoz es la hipertrofia ventricular izquierda), renal (presencia de microalbuminuria) y a nivel vascular o cerebral; en todo caso, en este estadio el individuo puede estar asintomático, pero ya presentar un elevado riesgo de complicaciones cardiovasculares e incluso de fallecimiento.

La aparición de complicaciones clínicas es la última de las fases de la enfermedad hipertensiva: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca e ictus. En esta etapa si el individuo sobrevive únicamente podremos recomendar medidas de prevención secundaria.

Pero, aunque en ocasiones sea predecible una mala evolución en una determinada patología, ¿cómo nos enfrentamos los médicos a estas situaciones? ¿Cómo informamos a nuestros pacientes? ¿Y a sus familias? ¿Conocen nuestros pacientes hipertensos sus posibles complicaciones y riesgos?

CASO CLÍNICO

Son las 10 de la mañana de un día de consulta normal, ya hay cierto retraso entre la hora de citación y la hora de atención, y los pacientes se van acumulando en la puerta de la consulta. Suena el teléfono por enésima vez esta mañana: en la panadería próxima al centro de salud hay una señora inconsciente! No nos dan más datos.

Con la cabeza en diferentes sitios a la vez, “abandono” la consulta ante la incomprensión de los pacientes de la sala de espera y me dirijo al lugar indicado. Se trata de Carmen, hace tiempo que no la veo en la

PACIENTE HIPERTENSA CON Poca ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE PRESENTA UN ACV

consulta, pero recuerdo que se trata de una hipertensa, obesa de unos 60 años de edad, con escasa adherencia al tratamiento prescrito (que ahora no recuerdo) y con unas cifras tensionales permanentemente elevadas. Está tendida en el suelo, tiene los ojos muy abiertos, intenta hablar de forma casi incomprensible. La boca está desviada y presenta hemiparesia izquierda; diagnóstico: ICTUS.

Durante su traslado al hospital parece mejorar y su habla se hace más comprensible, me aprieta con su mano derecha y me pregunta: “¿Qué me ha pasado?”.

DISCUSIÓN

Clínicamente está claro que nos encontramos ante una posible complicación neurológica de la hipertensión. Podemos interpretar que cuando el ictus aparece supone un fracaso de nuestra labor como médicos y de las medidas preventivas aplicadas hasta ahora. Este sentimiento de frustración no nos distrae de las medidas de sostén que deben acompañar a Carmen en su traslado, pero ¿qué le decimos? Y sobre todo ¿cómo se lo decimos? Posiblemente nos sintamos tentados a decirle que ya se lo advertimos, que debería haber tomado el tratamiento, que debería haber hecho dieta y ejercicio para perder peso, que debería... ¡Es humano! Pero quizá no sea el momento adecuado y no consigamos ningún beneficio, sino todo lo contrario. Carmen nos pide información, y debemos de dársela, la información es un derecho, su ausencia tiene importantes implicaciones médico-legales, y forma parte de nuestra responsabilidad clínica, además, una correcta información disminuye la incertidumbre y afianza o deteriora la relación con nuestros pacientes.

Imaginemos la situación: estamos en la ambulancia, Carmen está recostada con un suero en su brazo derecho, con una máscara de oxígeno y con varios cables sobre su cuerpo; no recuerda exactamente qué ha ocurrido, pero intuye que se trata de algo si no grave, por lo menos sí importante. Su marido se encuentra de viaje, está sola con su médico. No podemos fallar a nuestra paciente, aunque mantengamos todas las reservas o precauciones al respecto no podemos, no debemos mentirle.

No existe una única fórmula para dar una mala no-

ticia, pero el objetivo sí que debe ser único: conseguir el mínimo impacto en el paciente. La persona enferma tiene derecho a conocer su situación (Tabla 1); en principio todo enfermo tiene derecho a recibir información clara y objetiva sobre su enfermedad, tratamiento y pronóstico. Está contemplado en la Ley de Sanidad Española: “A que se le dé, en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa sobre su proceso...” (Tabla 2).

La situación de Carmen va a suponer un antes y un después, es decir va a cambiar, sin lugar a dudas, las perspectivas del paciente sobre su futuro, y, aunque posiblemente tendremos más oportunidades para completar la información y contestar todas las cuestiones que se le planteen no podemos dilatar con evasivas (“ya le informarán en el hospital”) esta situación. Por tanto, es muy importante encontrarnos capacitados para “dar una mala noticia de una buena forma”, por múltiples razones, pero, sobre todo, porque el impacto de una mala noticia mal dada puede ser tan perjudicial para el estado del paciente, como para la relación entre éste y su familia con nosotros. Por otro lado, el conocer habilidades en comunicación que nos permitan manejar estas situaciones, supone una mayor satisfacción tanto personal como profesional, ya que su dominio y control convertirán el hecho de ser un trance angustiante para el médico en una posibilidad de ayuda a nuestro paciente.

Como decíamos anteriormente, y como hemos repetido en capítulos previos donde hacíamos referencia a las técnicas de comunicación, no existe un modelo único para nuestros objetivos, pero sí hay una serie de habilidades y estrategias que conviene recordar: Las palabras que elegimos al comunicar malas noticias tienen la capacidad de generar en el paciente imágenes dramáticas, por tanto hay que elegir con sumo cuidado el qué y el cómo se dice (“Un juego de insinuaciones, silencios y verdades indirectas para conseguir que el paciente elabore su propia realidad”). Al hablar del cómo informar intentaremos que nuestro lenguaje verbal (lo que decimos), el paralenguaje (tono que utilizamos) y el lenguaje no verbal (gestos y expresiones) sean coherentes. La información la daremos usando frases cortas y vo-

PACIENTE HIPERTENSA CON POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE PRESENTA UN ACV

cabulario lo más neutro posible: no curable en lugar de incurable, tumor en lugar de cáncer, etc. Hay que asegurar la bidireccionalidad, es decir, facilitar que el paciente pregunte todo lo que desee, adaptando la información a las emociones del paciente. En estos casos la información es un proceso y no un monólogo del profesional. Asimismo es importante al final, resumir todo lo dicho, asegurándonos de que el paciente lo ha entendido, siendo éste el momento adecuado para dar toda la esperanza e información positiva de que disponemos pero sin mentir.

Aunque no es el caso de Carmen, ya que vamos en la ambulancia camino del hospital, siempre que podamos elegir, el entorno ha de ser el adecuado (Tabla 3).

Habilidades:

- Silencio:** es una herramienta de información y de terapia. Puede ser duro responder a una pregunta o afirmación muy directa como: "a veces creo que me voy a morir". Un silencio del profesional reafirma al paciente en esa reflexión y, en este sentido, el silencio también informa. Además es terapéutico, cuando el paciente se conmueve, llora o se irrita. Un silencio empático mirándole a la cara, prestándole nuestra atención, es terapéutico, porque sabe que puede contar con nosotros. Además, en una situación emotiva, si no sabemos qué decir es mejor callarnos.
- Escucha activa:** La psicoterapia empieza por la escucha. El paciente conmovido por una enfermedad grave puede querer hablar o no. Debemos escuchar sus palabras y su silencio, en ocasiones éste da más información que sus palabras. No interrumpir, esperar a que el paciente acabe antes de empezar a hablar, e incluso, si la situación lo requiere mantener el silencio.
- Empatía:** o solidaridad emocional; una actitud empática hacia los pacientes nos aporta sobre todo satisfacciones profesionales y por tanto disminuye nuestro sufrimiento. Pero hay que diferenciar empatía de simpatía (según Iosu Cabodevilla: *la empatía sería como echar una cuerda al que se está ahogando, y la simpatía sería tirarse al agua y ahogarse con él*).

- Asertividad:** No basta con saber qué debemos hacer, si queremos ser asertivos el paciente debe percibirnos como profesionales seguros de nosotros mismos. Incluso en situaciones de incertidumbre debemos transmitir seguridad y procurar que nuestras opiniones estén fundamentadas.

Estrategias:

El procedimiento más recomendado es la estrategia de las 6 etapas de Buckman; estas etapas se recorren de la primera a la sexta, en orden, sin pasar de una a otra si no se ha completado la anterior, al ritmo que el paciente indique y quedándonos en la que el paciente desee.

Prevía a la primera etapa podemos contemplar una etapa 0 o de aclimatación, es decir ir preparando al paciente a través de preguntas o sugerencias indirectas.

Etapla primera: Preparar el entorno. Es decir, facilitar el contexto físico más adecuado.

Etapla segunda: Explorar qué sabe nuestro paciente. Podemos utilizar preguntas abiertas como: ¿estás preocupado por tu enfermedad? ¿Qué crees que te ha pasado?...

Etapla tercera: ¿Qué quiere saber realmente? Lo podemos preguntar de forma clara, pero tenemos que aceptar su silencio, sus evasivas o su negativa a ser informado pero ofreciéndole siempre una nueva posibilidad.

Etapla cuarta: Informar: Sólo llegaremos aquí si en la anterior etapa el paciente expresa su deseo de ser informado. La información será gradual, al ritmo de asimilación de cada individuo y, evaluando hasta donde quiere ser informado ("el grado de verdad soportable").

Etapla quinta: Responder a los sentimientos del paciente. Sólo si somos capaces de apoyar al paciente en sus emociones estamos moralmente autorizados a informarle. Sería inhumano dar un diagnóstico y abandonar al paciente. La respuesta del paciente suele traducirse en ansiedad, miedo, tristeza, agresividad, negación y ambivalencia. Todas pueden mezclarse de forma conjunta y hemos de respetarlas. La soledad es muy frecuente en esta etapa, sobre todo si la información no ha sido clara y compartida por el entorno. A

PACIENTE HIPERTENSA CON POCA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO QUE PRESENTA UN ACV

veces, ante diagnósticos con pocas posibilidades de curación los profesionales nos aferramos al "todavía hay esperanza" para no enfrentarnos al tema más probable, la muerte, y esto conlleva que el paciente vaya notando la progresión de la enfermedad, la debilidad, la falta de apetito..., en suma la falta de vida sin poder hablarlo claramente.

Etapa sexta: Plan de cuidados. Tras informar a nuestro paciente recogemos su respuesta emocional y le ofrecemos un plan de cuidados: nos comprometemos a apoyarle, a aliviarle y a compartir sus miedos y preocupaciones.

Carmen, a pesar de no haber seguido las recomendaciones que tantas veces le hemos hecho, ha sido muy comprensible, ha entendido qué le pasa y asume que precisará cambiar determinados aspectos de su vida: seguirá tratamiento y... se cuidará. Durante el traslado al hospital se ha creado una nueva relación entre nosotros que seguramente beneficiará a ambos. Vuelvo al centro de salud pensando en lo que ha pasado, lo que hemos hablado y lo que no nos hemos dicho, lo que diré a Carmen la próxima vez que la vea en la consulta y, sobre todo pensando en que se-

guramente se podría haber evitado esta complicación. Los pacientes se agolpan a mi llegada, incluso alguno comenta, para que lo pueda oír: "vaya desayuno más tranquilo..." Cuando los miro de pasada calculo qué porcentaje de ellos podrá presentar una complicación cardiovascular a corto plazo, hubiera estado muy bien que Juan, Antonio, María o Manuel... me hubiesen acompañado en la ambulancia y hubieran escuchado a Carmen.

"Que pase el siguiente..." La consulta sigue: análisis, recetas, radiografías, electros... pacientes y más pacientes, muchos de los cuales no precisan para nada de la ayuda de un médico y... al cabo de 1 ó 2 horas (no sé) llega Pepe, el marido de Carmen, al llegar a casa su vecina le ha dicho que "le ha dado un aire" y que he tenido que llevarla en ambulancia... Tengo 2 opciones: o lo mando al hospital sin decirle nada, para que allí lo informen o...

"Pase, Pepe... Los demás esperen, se trata de una urgencia"... llamaré a casa para que no me esperen para comer..."

Las Tablas están disponibles en:

www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

BIBLIOGRAFÍA

- Ayarra M y Lizarraga S. Malas noticias y apoyo emocional. Anales (Grupo de Comunicación y salud de Navarra). Suplemento 2. www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple7.html
- Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona: Ediciones Doyma S.A. 1993
- Fernández Casalderry C. "Situaciones difíciles". En: Entrevista e historia clínica. Pag: 63-64. Semfyc y Semergen 2002. Semfyc y Semergen Barcelona, 2002.
- De la Figuera von Wichmann M, González Juanatey JR y Gómez Fernández P. Hipertensión arterial e ictus. Farmacia Comunicación, SL. Madrid 2006.
- Gómez Sancho M. Cómo dar las malas noticias en medicina. Madrid: Arán Ediciones SA; 1998
- Pérez Fuentes MF y Rodríguez Bayán A. A propósito de malas noticias. FVC. 1999, 6 (9): 600-602.
- Prados Castillejo JA y Quesada Jiménez F. Guía práctica sobre como dar malas noticias. FMC 1998 (4): 238-249