

## Averiguando lo que le sucede a los pacientes. (Dr. Watson)

Jesús Combarro Mato

Médico de Familia. C.S. de Culleredo. A Coruña. Grupo Comunicación y Salud de la Agamfec.

Cristina Viana Zulaica

Médica de Familia. C.S. de Elviña. A Coruña. Grupo Comunicación y Salud de la Agamfec.

Julia Bóveda Fontán

Médica de Familia. C.S. Pintor Colmeiro. Vigo. Grupo Comunicación y Salud de la Agamfec.

María Pilar García Moral

Residente de Medicina de Familia. A Coruña. Grupo Comunicación y Salud de la Agamfec.

Cad Aten Primaria  
Año 2009  
Volume 16  
Páx. 225-227

*“Como reza el dicho, no hay objeto de estudio más digno del hombre que el hombre mismo”. Dr. Watson, en Estudio en Escarlata.*

Manuela, de 74 años de edad, acude a su médico con asiduidad casi mensual desde hace tiempo, por sus problemas habituales. Su médico, que ya la conoce bien, la ve entrar en la consulta y se dirige a ella en un tono cariñoso:

- **(Médico)** *Pase Manuela, tengo sus análisis, hace tiempo que los recibí, ahora los saco... (buscando). Ya los tengo, el azúcar no está bien controlado, está alto, tendrá que insistir más en la dieta y en los paseos, ya veremos si también hay que cambiar los medicamentos.*
- **(Paciente)** *Si doctor, ya se me había olvidado lo del análisis, no se crea que me preocupa ahora eso. Me encuentro mal, no tengo un momento de tranquilidad, me duele todo el cuerpo y apenas duermo. Mi marido murió hace dos semanas... (llanto).*

Situaciones de este estilo parece que se repiten con frecuencia en nuestras consultas. Según los datos del Informe del Consenso de Toronto<sup>1</sup> la mitad de las quejas y de las preocupaciones de los pacientes no son detectadas, pasan inadvertidos más del 50% de los problemas psicosociales, en la mitad de las entrevistas el paciente y el médico no están de acuerdo sobre la naturaleza del problema y por término medio "no les dejamos describir sus problemas", interrumpiéndolos a los 18 segundos de la exposición.

Saber escuchar no sólo es oír un listado de cosas, es permitir que el paciente pueda exponer su problema sin interrumpirle precozmente, es ser empáticos y ponernos "en la piel del paciente", facilitarle que exprese sus sentimientos, sus expectativas, sus esperanzas y como afecta la enfermedad a su vida.

En artículos anteriores de esta misma serie<sup>2,3</sup> ya se trató de los modelos de entrevista y en concreto de la entrevista clínica semiestructurada, introducida por Borrell, una manera ya clásica de enfocarla dividiendo las técnicas empleadas en ella, en aquellas destinadas a averiguar el problema del paciente y aquellas cuyo fin es emitir un diagnóstico y prescribir una conducta o tratamiento<sup>4,5,6</sup>. Así quedaría dividida en una primera parte denominada **fase exploratoria** en la que, después de un recibimiento cordial, dedicaremos el tiempo a una recogida eficiente de la información que da el paciente para averiguar cual es su problema, delimitando el motivo de consulta, explorando sus creencias y expectativas, para lo que utilizamos diferentes técnicas sobre todo de apoyo a la narración del paciente. Esta primera fase terminará con el acompañamiento a la exploración física y la finalización de esta. En una segunda parte, **la fase resolutoria**, nos dedicaremos a informar de los hallazgos encontrados en la parte exploratoria, prescribir y negociar con el paciente las diferentes alternativas de actividades saludables, para dar respuesta a su demanda, motivándole para su aplicación y finalizar con la despedida, acuerdo final y toma de precauciones.

Se pretende, por tanto, ampliar el registro de respuestas efectivas de los profesionales, con una metodología que se pueda reproducir en todos las situaciones clínicas necesarias.

Comenzar bien un encuentro, aumenta las posibilidades de terminarlo bien y no es necesario para ello emplear más tiempo.

- **(M)** *Buenos días Manuela, siéntese por favor. (Mirándole a la cara y dándole a entender, con una sonrisa, que es bien recibida. Se procede también a la acomodación física, dependiendo del entorno donde se desarrolle la entrevista: consulta, domicilio...).*
- **(P)** *Buenos días doctor (con un leve cabeceo de agrado en justa correspondencia, altamente previsible).*

En el inicio de la entrevista, cada profesional debe de acomodar la forma y las características de la recepción, a su propio estilo de hacer

### Correspondencia

jesus.combarro.mato@sergas.es

las cosas y a la relación con el paciente que tiene delante. Llamarle por su nombre o tratar o no de usted al paciente, dependerá de la relación establecida previamente, de la edad de ambos y de otros factores que se van construyendo a través de los sucesivos encuentros. Lo mismo sucede con el hecho de dar o no la mano al saludar o al despedirse. Parece más importante que todo esto se haga en un clima de respeto, que la fórmula que se utilice en concreto; aunque estudios en el ámbito anglosajón revelan que los pacientes prefieren que sus médicos les saluden dándoles la mano y llamándoles por su nombre<sup>7</sup>.

En cualquier caso, habrá que ser especialmente cuidadoso en los primeros encuentros<sup>8</sup> y muy posiblemente el paciente que aventaja en edad al médico recibirá, al menos inicialmente, de mejor grado un trato de usted, que un tuteo. La más elemental prudencia y la capacidad de adaptación del entrevistador, serán una buena guía para conseguir la acomodación adecuada. En caso de duda, lo más resolutivo será preguntar directamente al paciente, sobre como vamos a solucionar el asunto en duda (Ejemplos: ¿Le parece bien que le trate de usted o prefiere que nos tuteemos? ¿Le importa que me sienta en la cama?, si la entrevista es en el domicilio...).

La actitud y el lenguaje no verbal ya tratado en el anterior artículo de esta serie<sup>9</sup> tienen en estos momentos una gran importancia. El tono de voz utilizado adecuadamente construirá un marcador de calidez del clima de la entrevista. Las señales emitidas en todo el paralinguaje, contribuyen a la imagen que los pacientes se hacen de sus médicos e influyen en la capacidad de los pacientes para recordar los diferentes tipos de información que se les transmite verbalmente<sup>10</sup>.

En este primer minuto conviene demostrar al paciente que se le dedica toda la atención<sup>6</sup>. Mírele a la cara y mantenga el contacto visual, cuidando de no intimidarle. Evite hacer otras tareas habituales como leer la pantalla del PC o la historia clínica. Si esto no es posible, porque tiene que revisar algún documento, busque su mirada intermitentemente para con ello indicarle: "Usted tiene prioridad" o utilice frases como: Disculpe un minuto, mientras reviso su historial, o perdone que tenga que contestar el teléfono o atender una interrupción (frecuentemente de otro personal sanitario)... Se trata de acomodar al paciente a una circunstancia anómala, que puede enturbiar el buen desarrollo de estos momentos iniciales de la entrevista.

Después de un cálido recibimiento, si no se han podido revisar previamente los datos de la historia clínica, cosa harto habitual en las consultas de atención primaria, tendremos que examinar la lista de problemas de salud y el último o los anteriores episodios registrados en el historial, para poder luego abordar la demanda o demandas que el paciente trae ese día a la consulta.

- **(M)** *Permitame unos segundos, por favor, para ponerme al día en su historial (y sólo entonces el médico dirige la mirada hacia*

*la hoja de problemas y las últimas pruebas complementarias)... Y bien, dígame Manuela ¿Qué le trae hoy por aquí? o ¿En que puedo ayudarla hoy? (Recuperando el contacto visual para ello).*

- **(P)** *Tengo una mala noticia, mi marido murió hace dos semanas, de repente, no acabo de creérmelo. Lo llevo muy mal, usted lo conocía y sabe lo bueno que era, no sé que va a ser de mi ahora, no tengo un momento de sosiego, me encuentro mal... No duermo nada, no sé que hacer.*
- **(M)** *Pues si que es una noticia mala, que siento mucho. Me imagino lo duro que tiene que ser para usted este momento ¿Cómo podría ayudarle?*
- **(P)** *Quizá ayudándome a descansar mejor. Yo tendré que volver a preocuparme por mi salud, aunque no creo que haya nada para esta pena que tengo. Pasar las noches en blanco sin la compañía de mi marido me resulta muy difícil.*
- **(M)** *Por supuesto que puede contar conmigo, veremos alguna forma de poder ayudarle para dormir mejor. ¿Se le ocurre alguna cosa más que necesitara ver hoy? (o ¿alguna cosa más en la que pueda ayudarle hoy?).*

En este caso parece que la entrevista ya está encauzada y con los motivos de demanda aclarados, pero no hay que olvidar que hasta un 30% de los pacientes pueden hacer demandas múltiples y añadidas al final de la consulta ("ya que estoy aquí", "y de paso que..." o "by the way" de los anglosajones)<sup>11</sup>. Por ello, resulta inteligente (seguramente el Dr. Watson lo haría) prevenir estas demandas sobreañadidas con preguntas del tipo: "¿alguna otra cosa más?"<sup>4</sup>. En caso de que se presentasen varias demandas, hay que negociarlas con el paciente y establecer prioridades para su abordaje.

Un momento conveniente para repetir la pregunta, si no se ha hecho, puede ser antes de finalizar la exploración física: ¿Queda alguna otra cosa que no me haya comentado y que quisiera mirar?.

Desarrollar estas estrategias, en contra de lo que pueda parecer, no tiene que provocar un aumento en el número de motivos de consulta<sup>12,13</sup> y suele contribuir a disminuir el malestar que produce en los profesionales tener que reanudar una exploración cuando ya la creíamos finalizada y las consiguientes maniobras para cerrar apresuradamente esa consulta (prisas, que son una de las fuentes del error clínico). Conduciendo de tal modo la entrevista y con esta serie de habilidades, pretendemos obtener la información necesaria y que además sea la más adecuada y relevante, para la atención al paciente<sup>14</sup>.

Cuando todavía no hemos obtenido los datos necesarios para establecer la naturaleza del problema o problemas de los pacientes, podremos utilizar nuevos recursos para explorar las expectativas y creencias de los pacientes, estableciendo un espacio para la libre narración del paciente (punto de fuga narrativa), en la que este podrá añadir la información que previamente había elaborado.

**TABLA 1**

Algunos errores habituales en la fase exploratoria de la entrevista, que conviene evitar o corregir

No saludar o saludo frío e impersonal.

Dar por sobreentendido el motivo de consulta.

No aclarar bien el motivo de consulta (demanda).

Centrarse en alguna queja sobre la que el paciente no haya hecho demanda.

No hacer prevención de las demandas sobreañadidas o aditivas.

Dejar hablar poco al paciente, interrumpirle, antagonizarle, culpabilizarle, dificultando la propia elaboración de su relato.

Mezclar la exploración de los problemas, con las recomendaciones y prescripciones propias del cierre de la entrevista. Este tipo de intervenciones pueden dañar el clima de colaboración necesario en esta fase. Las seguridades prematuras: "Ya verá como todo se arregla" (más dirigidas a aliviar al propio profesional y que pueden resultar en un equivalente de un rechazo educado).

No integrar la información obtenida con el resto de problemas y diagnósticos que tenemos en la historia clínica.

"Los resultados de las consultas médicas son demasiado importantes para dejarse al azar o a la conveniencia ateorica. Hoy en día el Servicio Nacional de Salud esta gastando gran cantidad de dinero en prescripciones no deseadas y recomendaciones que no se cumplen. Si pudiéramos ayudar a comunicarse a médicos y pacientes, el esfuerzo se justificaría no solo por el ahorro monetario, sino por el considerable aumento de satisfacción de ambos".

Jaspars J, King J, Pendleton D, 1983.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D et al. Comunicación médico-paciente: el informe del consenso de Toronto. *Br Med J* (Ed. esp.) 1993;8:40-44.
2. Bóveda J. Comunicación: una competencia esencial del médico de familia. *Cad Aten Primaria* 2007; 14(4):292-295.
3. Cid Sueiro M, Carvajal de la Torre A, Freiria Tato MJ. Entrevista Clínica: Modelos teóricos y un poco de práctica. *Cad Aten Primaria*. 2008;15(2):167-171.
4. Borrell i Carrió F. Manual de Entrevista Clínica, Barcelona, Mosby/Doyma Libros, 1989.
5. Borrell i Carrió F. Entrevista clínica. Manual de estrategias y prácticas. Barcelona: SEMFYC; 2004.
6. Borrell F. y Bosch J. Entrevista clínica, en Martín Zurro y Cano Pérez. *Atención Primaria*. Elsevier. Madrid, 2003.
7. Makoul G, Zick A, Green M. An evidence-based perspective on greetings in medical encounters. *Arch Intern Med* 2007;167:1172-1176.
8. Gervás J, Pérez Fernández M, Gutiérrez Parres B. Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. *Aten Primaria*. 2009;41(1):41-44.
9. Novo Rodríguez JM, Martínez Anta FJ, Sánchez Fernández R. ¿Qué me dices? Comunicación verbal y no verbal. *Cad Aten Primaria*. 2008;15(4):311-313.
10. Rodríguez Salvador JJ. Comunicación no verbal. *FMC* 2004;11(8):433-42.
11. Peláez Fernández C, Fernández Rodríguez MI, Suárez Gil P, Malo de Molina Martínez A, Díaz Álvarez A. Las demandas adicionales («ya que...») en atención primaria. *Aten Primaria*. 1996;17(1):13-17.
12. Segade Buceta XM, Efectividad de «¿quería algo más?» como medida de prevención de las demandas adicionales. *Aten Primaria*. 2004;33(8):472-473.
13. White J, Levinson W, Roter D. "Oh, by the Way ". The Closing Moments of the Medical Visit. *Gen Intern Med* 1994;9:24-28.
14. Magire GP, Rutter OB. Talking to patients. Some problems met by medical students. *Br J Med Educ* 1976;8:17-23.