



Clínica cotidiana

Menos vista, más oído

Laura Pérez Calero*, Alejandra Roldán Massia, Gemma Pérez Mañas,
Ernesto Cerrada Cerrada

Centro de Salud Francia. Fuenlabrada (Madrid).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 6 de abril de 2021

Aceptado el 30 de abril de 2023

On-line el 7 de mayo de 2023

Palabras clave:

Atención telefónica

Pandemia

Atención ambulatoria

Keywords:

Telephone consultation

Pandemic

Outpatient care

R E S U M E N

Presentamos dos casos que han requerido de nuestra máxima atención, de la utilización de nuestra experiencia y sabiduría en el empleo de la paciencia, en el saber escuchar las inflexiones de la voz, las pausas, las incertidumbres y los mensajes ocultos de cualquier conversación, para llegar a un presunto diagnóstico de gravedad, solo con la atención telefónica.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Less viewing, more listening

A B S T R A C T

We present two cases that have required our maximum attention, using our experience and knowledge to be patient, to know how to listen to the voice inflections, the pauses, the uncertainties and the hidden messages of any conversation in order to reach a presumed diagnosis of severity based only on telephone consultation.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Caso 1

Llama la familiar de un paciente que no es de nuestro cupo. Nos dice que su hermano de 64 años de edad está agitado y con alucinaciones.

En un primer momento, la familiar centra la entrevista telefónica en un cuadro confusional que ella relaciona con algún déficit neurológico. Sin embargo, al profundizar en la anamnesis, y ver la historia clínica con el antecedente personal de consumo excesivo de alcohol, se le pregunta sobre la sintomatología orgánica; nos cuenta que estaba con orinas oscuras.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lperezc@salud.madrid.org (L. Pérez Calero).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.020>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Ante la sospecha de confusión secundaria a descompensación de patología hepática desconocida, se le remite a Urgencias.

Se trata de un paciente en situación de desempleo, que ha perdido el contacto con el resto de la familia en los últimos meses, coincidiendo con la pandemia y que, según su familia, ha incrementado el consumo enólico.

En Urgencias el paciente refiere malestar general y vómitos, junto con episodios de delirios de persecución y agitación psicomotriz de una semana de evolución.

Durante la exploración física se encuentra hemodinámicamente estable, con febrícula y tembloroso. Destaca la presencia de ictericia, hepatomegalia de dos traveses y edema en ambos miembros inferiores, con un Glasgow 15/15.

Se realizan diferentes pruebas complementarias, en cuyos resultados destacan alteración del perfil hepático (bilirrubina 27,61, con bilirrubina directa de 20,09, GOT 231 U/l, GGT 340 U/l), con trombocitopenia y coagulopatía asociada. Las serologías de virus hepatotropos son negativas.

El paciente ingresa a cargo del Servicio de Digestivo con juicio clínico de alta sospecha de hepatitis alcohólica grave sobre hepatopatía crónica evolucionada, conocida por ellos, al menos desde tres años antes.

Durante su ingreso en planta presenta mala evolución clínico-analítica, con empeoramiento de la hiperbilirrubinemia y episodios de deterioro del nivel de consciencia, sin llegar a estadios avanzados de encefalopatía. A los pocos días, presenta pico febril con tiritona, crecimiento de *S. haemolyticus* en 3 de 4 hemocultivos, por lo que se inicia tratamiento con meropenem y linezolid.

A pesar del tratamiento, vuelve a empeorar. Se instaura una situación de encefalopatía avanzada, con deterioro de la función renal y edema agudo de pulmón.

Dada su mala evolución, se decide en conjunto con la familia priorizar medidas de confort. El éxito del paciente se produce unos días más tarde.

Caso 2

Paciente de 67 años de edad, con antecedentes de vasculitis de Wegener, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidente isquémico transitorio en territorio carotídeo, colitis isquémica y diverticulitis aguda perforada, citado en nuestra agenda habitual.

Consulta telefónicamente por gonalgia izquierda. Conocemos desde hace años a nuestro paciente y habitualmente no nos consulta por motivos traumatológicos, por lo que, ante esta "novedosa consulta" preferimos citarle presencialmente.

Nada más iniciar la exploración se evidencia una clara claudicación del hemicuerpo izquierdo. Con la sospecha de patología isquémica se le remite a Urgencias.

En la TAC craneal y la radiografía de tórax realizada en Urgencias se objetivan metástasis cerebrales de cáncer de pulmón.

En el estudio posterior se le filia como adenocarcinoma de origen pulmonar estadio IVB, con afectación cerebral, ósea, peritoneal, ganglionar, suprarrenal y del tejido subcutáneo. Se inicia quimioterapia.

El paciente ingresó a los pocos días por deterioro del estado general y mucositis grave secundaria al tratamiento. Refiere intensa odinofagia con hiporexia secundaria, dificultad para

la ingestión de líquidos por atragantamiento, astenia marcada y somnolencia. Ingresado en planta, con medidas de soporte, fallece doce días después.

Comentario

Es un hecho que la pandemia por covid-19 ha cambiado la forma de relacionarnos con los pacientes. En atención primaria (AP) hemos tenido que adaptarnos muy rápidamente desde una atención personalizada, directa, y casi siempre presencial, a una atención en principio, más deshumanizada, impersonal y, sobre todo, virtual, a distancia, que nos ha obligado a utilizar otras herramientas indirectas.

Durante meses, hemos atendido a nuestros pacientes a través de un canal diferente, más frío y distante, como es la línea telefónica. Por supuesto, el teléfono nos ha permitido continuar trabajando durante este último año, atendiendo desde las consultas meramente administrativas, hasta las más complicadas, tanto por la complejidad de la enfermedad, como por el tipo de pacientes, con sus dificultades de comprensión, de movilidad y de las comprensibles reticencias iniciales a este tipo de comunicación.

Además, no solo hemos atendido a nuestros pacientes habituales, con los que tenemos un trato y conocimiento cercano de sus patologías. Durante todos estos meses, nos hemos hecho cargo del conjunto de los pacientes del centro de salud, porque la mayoría de las veces, debido a la adaptación continua a una siempre cambiante situación epidemiológica, contactábamos con pacientes que no eran de nuestro cupo habitual.

Por ello, hemos tenido que aprender de manera abrupta, una nueva forma de interrelación, que nos permitiera conocer dentro de esta nueva comunicación, lo que nos quiere transmitir nuestro interlocutor, solamente basándonos en su voz, sus diferentes tonalidades, sus expresiones, sus silencios y sus angustias e incertidumbres, verbalizadas u ocultas. Todo ello, sin la posibilidad de observar en directo la rica e imprescindible comunicación no verbal a la que, desde AP, estábamos tan acostumbrados y que nos daba tanta información sobre los motivos que llevaban a los pacientes a expresarnos o no, sus verdaderas inquietudes, y los motivos reales de sus demandas.

Esto nos ha obligado a reinventar la forma en la que realizábamos la entrevista clínica. A partir de ahora, estamos obligados a utilizar de forma preferente el oído, como antes utilizábamos predominantemente la vista. Y es imprescindible y necesario aguzar este nuevo sentido, porque no nos podemos permitir dejar sin diagnosticar casos importantes, algunos, incluso, potencialmente graves, solo por no poder ver en directo a nuestros pacientes.

Desde hace años se ha estudiado la consulta telefónica como una más de las herramientas que tenemos a nuestra disposición para atender adecuadamente la demanda en AP. En nuestro entorno, este tipo de abordaje se cifraba antes de la pandemia, en alrededor del 5 %, mientras que en los países anglosajones suponía en torno al 12 %¹. En la actualidad, la atención telefónica es la predominante y se utiliza como modo de contacto inicial en más del 90 % de los casos.

Numerosos estudios dejaban claro que para el profesional sanitario favorecían una descarga de la demanda y mejoraban los tiempos de atención por paciente; suponía, además, una herramienta con un alto grado de satisfacción, resolutiva y

adecuada para los pacientes, sobre todo en tareas administrativas y como mecanismo a emplear en la resolución de dudas de nuestros pacientes^{1,2}.

En este momento, con el masivo empleo de llamadas telefónicas como primera aproximación a los motivos de demanda, debemos ser conscientes de que esta nueva atención ha llegado para quedarse en nuestra práctica habitual. Por ello, debemos adaptarnos, formarnos adecuadamente y estar siempre atentos cuando contactamos telefónicamente con nuestros pacientes, porque siempre hay ventajas e inconvenientes, como con cualquier nueva herramienta³. Entre estos últimos, la ausencia de la vista y su comunicación no verbal, o la dificultad para comprender síntomas complejos relatados por los pacientes, pueden llevarnos a cometer errores de interpretación o diagnóstico. Para evitarlos, primero hay que escuchar sin interrumpir a nuestro interlocutor y emplear sistemáticamente los recursos de la entrevista clínica, como resumir y repetir al paciente lo que nos estaba explicando. Además, debemos hablar en un tono tranquilizador, modulando nuestra voz para crear un ambiente de confianza, utilizando las pausas para dar cabida a nuestro oyente e indicar cualquier nueva sintomatología y, por supuesto, registrar adecuadamente en la historia clínica toda la información, así como aumentar nuestra red de seguridad haciendo venir presencialmente al paciente ante la más mínima duda³, como hicimos en nuestros casos.

Por supuesto, hay que recordar que dentro de nuestra consulta diaria atendemos a población migrante, en muchos casos, con evidentes barreras idiomáticas, culturales y sociales, que normalmente pueden dificultar la expresión y comprensión

de su sintomatología. Estas dificultades, a través de un medio telefónico, nos obligan a ser más cautos a la hora de tomar decisiones clínicas importantes; debemos considerar, siempre en estos casos, la conveniencia de complementar su atención con la visita presencial.

Por último, habrá que considerar para un futuro otras técnicas telemáticas de aproximación a distancia con nuestros pacientes, manteniendo siempre la máxima seguridad y confidencialidad y, por supuesto, lo más humanizada posible.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. García V, Picazo J, Ballesteros M, Pérez L, Moro I, Martínez M, et al. ¿Para que llaman los pacientes?: evaluación de consultas telefónicas no urgentes en Atención Primaria. *Rev Clin Med Fam.* 2020; 13(1): 7-14.
2. de la Fuente SL, García N, Hernández M, Hidalgo A, García I, García E. La consulta no presencial como herramienta de mejora de la consulta a demanda en atención primaria. *Semergen.* 2018; 44(7): 458-62.
3. Muñoz E. Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. *AMF.* 2020. Disponible en: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/las-consultas-por-telefono-han-llegado-para-quedarse>.