

## La esencia de la relación médico-paciente de calidad



### The essence of the medical-patient quality relationship

Sra. Directora:

Mi primer paciente se llamaba Basilio A.V., tenía una bradicardia severa. Junto con mis compañeros decidimos hacer un ECG, pero no supimos interpretarlo. El paciente tenía un bloqueo aurículo-ventricular y entró en parada cardiorrespiratoria mientras los 3 compañeros mirábamos el ECG. Aunque tarde, iniciamos las maniobras de RCP, pero a pesar de esto Basilio murió. Por suerte, era una simulación con un maniquí, éramos estudiantes de 2.º de carrera, y comenzamos a estudiar la fisiología del corazón.

Poco a poco, conforme han ido pasando los años he ido descubriendo que, en determinadas situaciones, el médico no puede curar, pero sí aliviar, y siempre debe acompañar. Actualmente soy residente de medicina familiar y comunitaria. Ha pasado tiempo desde que atendí a Basilio, pero aún le recuerdo en cada paciente que veo. La lección que aprendí aquel día no fue cómo leer el ECG o hacer una RCP eficaz, que también... Ese día comprendí que es más importante mirar al paciente que a las pruebas.

Cuando basamos nuestro diagnóstico únicamente en las pruebas que pedimos y no en la anamnesis o la exploración, corremos el riesgo, no solo de saltarnos el origen del problema, sino de perdernos una parte preciosa de nuestra profesión. Estamos desaprovechando nuestra capacidad como médicos de mirar el cuerpo de un paciente de una forma sencilla a través de nuestros sentidos; estamos perdiendo la oportunidad de crear un vínculo entre el médico y su paciente<sup>1</sup>. Debemos ser conscientes de que el enfermo nos cuenta cosas que puede que no cuente a nadie más, que se desviste, te permite tocarle y explorarle como probablemente no le permita a nadie más... Si acertamos ese proceso sin escuchar sus necesidades o auscultándole deprisa, a través de la ropa, sin realizar un examen completo, estamos perdiendo una gran oportunidad de conectar con él<sup>2,3</sup>.

De los 3 atributos de la asistencia sanitaria que determinan la calidad asistencial de un acto médico (descritos por el Dr. Avedis Donabedian en 1989: los aspectos científico-técnicos, la relación interpersonal y otros elementos de entorno)<sup>4</sup>, estamos otorgando mucha relevancia a los aspectos científico-técnicos, mecanizando de este modo la asistencia sanitaria, y haciendo que nos olvidemos de la relación interpersonal y otros elementos del entorno<sup>5</sup>.

En la actualidad tenemos la dificultad añadida durante la asistencia médica de interactuar con el ordenador al tiempo que con el paciente. No podemos negar que existe una separación entre aquello que aparece en la pantalla del monitor y el paciente real que acude a nuestra consulta. Poco a poco hemos ido sustituyendo el centro de nuestra atención médica: mientras antaño el núcleo de la consulta era el paciente, ahora parece ser la pantalla y el teclado. ¿Cuántas veces sentimos la necesidad de transcribir todo en el ordenador en vez de mirar a los ojos al paciente mientras nos

cuenta sus dolencias? ¿Cuánto tiempo nos quita la burocracia en nuestra asistencia diaria?

A veces como médicos no sentimos la necesidad de explorar al paciente porque ya lo ha hecho el compañero hace unos días, por enfermedad crónica o porque el ordenador nos revela «todo lo necesario»... Pero ¿nos hemos parado a pensar en cómo se siente el enfermo? Es comprensible que sienta desamparo cuando no le escuchamos y/o exploramos; en definitiva, cuando no le dedicamos el tiempo que merece. Puede que ya sepamos lo que podemos encontrar, pero ¿no es también la exploración una forma de tratamiento que tenemos, valga la redundancia, al alcance de las manos?

Tras el diagnóstico, nos preocupa y exaspera el incumplimiento terapéutico. ¿Cómo van a seguir nuestras pautas si no les escuchamos? ¿Cómo vamos a saber que no se toman la medicación porque les sienta mal o porque sus circunstancias personales hacen imposible la adherencia, si les interrumpimos antes de que nos lo puedan contar? Tenemos que «ganarnos» el derecho a decirle al paciente qué tratamiento debe seguir. Esta confianza surge del intercambio diario en nuestra consulta de problemas y necesidades por acompañamiento y soluciones.

La calidad de la relación médico-paciente no radica solamente en hacer muchas pruebas y poner tratamientos; sino que la asistencia sanitaria debe ir acompañada por actos médicos que se han venido realizando desde el origen de nuestra profesión. Actos que buscan un vínculo entre sanador y sanado, una relación de confianza y respeto en la que ambos tienen un objetivo común. Actos que se deberían enseñar a las nuevas generaciones de profesionales sanitarios por parte de sus tutores como área de mejora.

En la medicina moderna conocemos la cura de grandes enfermedades y tenemos la capacidad de ver el interior del cuerpo sin abrirlo, conocemos genómica, bioquímica y molecularmente los desencadenantes de muchas enfermedades; y sin embargo nos olvidamos de lo más importante de nuestra profesión: nos olvidamos de escuchar, acompañar y explorar a nuestros pacientes, en un alarde de arrogancia por el conocimiento obtenido, fruto de las nuevas tecnologías y los avances en investigación. Nos hemos olvidado de este proceso, de esta conexión que tienen el médico con su paciente, de su significado que busca transmitir un mensaje: «Yo estaré siempre aquí y te acompañaré en este camino hasta el final».

### Bibliografía

1. Borrell i Carrió F. Entrevista Clínica. Manual de estrategias prácticas. Barcelona: semFYC Ediciones; 2004.
2. Borrell i Carrió F. Exploración física orientada a los problemas. *Aten Primaria*. 2002;30:32-45.
3. Rodríguez Rivera L. La ciencia y el arte en el examen físico. *Medisur*. 2010;8:33-5.
4. Donabedian A. La calidad de la asistencia ¿Cómo podría ser evaluada? *Revista JANO*. 1989;864:103-10.
5. Villegas Periñan MMV, Rosa Díaz IM. La calidad asistencial: concepto y medida. Dirección y Organización. 2003;29:49-58 [consultado 14 Sep 2018] Disponible en: <http://w.revistadyo.com/index.php/dyo/article/viewFile/142/142>.

M.C. de Diego Castell<sup>a,\*</sup>, J. González González<sup>a,b</sup>,  
E. García López<sup>c</sup> y M.V. Castell Alcalá<sup>d,e</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Santa Olalla, SESCAM, Santa Olalla, Toledo, España

<sup>b</sup> Universidad de Castilla-La Mancha, Ciudad Real, España

<sup>c</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Hospital Universitario de Móstoles, SERMAS, Móstoles, Madrid, España

<sup>d</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Doctor Castroviejo, SERMAS, Madrid, España

<sup>e</sup> Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mdiegod@sescam.jccm.es](mailto:mdiegod@sescam.jccm.es)  
(M.C. de Diego Castell).

Disponible en Internet el 21 de enero de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.10.004>  
2603-6479/

© 2018 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de FECA.

## Consultas pediátricas urgentes: ¿qué dispositivos sanitarios se utilizan?\*



### Pediatric emergency visits: which healthcare devices are used?

Sra. Directora:

En los últimos años, se ha producido un incremento del número de pacientes que acuden a los servicios de urgencias pediátricos hospitalarios (SUPH) por iniciativa propia, sin consultar previamente a otros dispositivos del ámbito de la atención primaria<sup>1-3</sup>. Este incremento de la demanda se ha debido a factores como el desajuste entre niveles asistenciales, el fácil acceso a los SUPH o la necesidad de la población de solucionar de forma inmediata sus problemas de salud<sup>2-5</sup>.

En Cataluña, han existido dispositivos sanitarios alternativos a los SUPH, como las visitas no programadas en los Centros de Atención Primaria (CAP), las visitas en los Centros de Urgencias de Atención Primaria (CUAP) (abiertos 24 h) y las consultas telefónicas (CT) al número 061 CatSalut Respòn en el que se asesoraba sobre problemas de salud las 24 h del día. Se han realizado numerosos estudios sobre el uso inadecuado de los servicios de urgencias hospitalarios en la población adulta<sup>1,3</sup>, siendo menos numerosos los que han estudiado la problemática pediátrica<sup>5,6</sup>.

Los objetivos de este estudio fueron describir el nivel de conocimiento y uso de los dispositivos sanitarios alternativos a los SUPH y estudiar los motivos de los usuarios del SUPH para consultar.

Se realizó un estudio transversal, en el SUPH de un hospital pediátrico terciario, que atendía 110.000 visitas anuales. Se diseñó una encuesta anónima, basada en una encuesta ya publicada<sup>1</sup> y que incluía datos de filiación, preguntas sobre el conocimiento y uso de los dispositivos alternativos al SUPH y preguntas sobre los motivos para acudir a urgencias. El estudio se desarrolló durante cinco días laborables de noviembre de 2017 y cinco días laborables de diciembre de 2017, durante los turnos de triaje de 2 enfermeras del SUPH, en horario de mañana y de tarde. A su llegada, los

administrativos del SUPH entregaban la encuesta a los familiares de los niños, sin ofrecer ningún tipo de compensación. Los padres cumplimentaban la encuesta mientras esperaban antes del triaje. Las enfermeras recogían las encuestas cumplimentadas después del triaje.

Se incluyeron las encuestas cumplimentadas por los padres que consultaron al SUPH durante el turno de triaje de las enfermeras que colaboraban en el estudio. Se excluyeron los padres de los pacientes con nivel I de triaje (atención inmediata)<sup>7</sup>, los que rechazaron participar y los que no pudieron contestar la encuesta por barrera idiomática.

Los datos extraídos se almacenaron y procesaron en una base de datos Microsoft Access. Se tabularon variables cuantitativas y categóricas y se analizaron con el programa estadístico SPSS v 24.0 para Windows (IBM Corp., Armonk, NY, EE. UU.). Se presentaron las variables cuantitativas como medianas e intervalo intercuartil y las categóricas como recuentos y porcentajes.

Se recogieron 396 encuestas (72,5% en horario de mañana y 27,3% de tarde). Las encuestas fueron contestadas por la madre (75,5%), el padre (21,5%), el abuelo o la abuela (2,3%) y otros (0,8%). La mediana de edad de los participantes fue de 38 años (p25-p75 33-42), con un nivel de estudios de enseñanza básica (25,3%), formación profesional (28,3%), estudios universitarios (40,1%) y otros (6,3%). La mediana de edad de los pacientes fue de cuatro años (p25-p75 1-9), presentando los siguientes niveles de triaje: nivel 2(6,0%); 3(24,5%); 4(59,2%); 5(10,3%).

Los padres conocían las urgencias del CAP (93,6%), CUAP (66,9%) y CT (63,9%) y previamente habían utilizado las urgencias del CAP (92,6%), CUAP (52,2%), CT (26,9%). Según los padres, sus consultas habían sido resueltas en el CAP (82,5%), en el CUAP (78,1%) y en el 061 (86,4%).

En el momento de la encuesta, el 63,9% (n=253) de los pacientes acudieron por iniciativa propia (el resto, habían sido derivados desde otros dispositivos). El 65,3% de los pacientes que consultaban por iniciativa propia no habían intentado contactar previamente con otros dispositivos y habían venido directamente al SUPH, por distintas razones (fig. 1).

Según estos resultados, la mayoría de los padres encuestados conocen la posibilidad de una atención urgente en los CAP, los han utilizado en alguna ocasión y cuando lo han hecho, la consulta ha sido resuelta en la mayor parte de los casos. Sin embargo, de forma similar a otros estudios publicados<sup>1,3</sup>, aproximadamente dos tercios de los encuestados y encuestadas consultan directamente al SUPH. Los motivos para hacerlo son la falta de mejoría, la sensación

\* Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en la XXIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (Sitges del 19 al 21 de abril de 2018) y en la XXIV Reunión Anual de la Societat Catalana de Pediatria (Terrassa del 25 al 26 de mayo de 2018).