

Paciente con cansancio

María Emilia Espósito y Diego Terceiro

RESUMEN

El médico de familia está capacitado para resolver la mayoría de los problemas de salud de sus pacientes. Dentro del consultorio, el cansancio constituye un motivo de consulta muy frecuente. Su abordaje debe incluir la evaluación del contexto del paciente y un enfoque sistémico que incluya otros niveles diagnósticos y terapéuticos. Se presenta el caso de una paciente que, a partir de este motivo de consulta tan frecuente y junto a intervenciones de su médico de cabecera, logró modificar el foco del problema y comenzar un tratamiento acorde.

Palabras clave: medicina familiar, cansancio, cuidado centrado en el paciente, relación médico-paciente, experiencias personales, vaginismo

PATIENT WITH FATIGUE

ABSTRACT

Family physicians are able to solve the majority of their patients' health issues. In the office, fatigue is a common complaint. Its approach should include the evaluation of the context of the patient and a systemic approach that includes other diagnostic and therapeutic levels. We present the case of a patient who went to his doctor with a common complaint and was able to change the focus of the problem and begin a consistent treatment.

Key words: family practice, fatigue, patient-centered care, physician-patient relationship, life experiences, vaginism

Rev. Hosp. Ital. B.Aires 2018; 38(1): 31-33.

CASO CLÍNICO

Consulta 1: concurre a la primera consulta con su médico de familia una paciente de 30 años, para solicitar la transcripción de estudios solicitados por un médico de otra institución. Los estudios eran parte de la evaluación prequirúrgica de una cirugía estética. El médico transcribe las órdenes y cita a la paciente a control de salud posterior a la cirugía, le explica las formas de contacto. Se establece una comunicación fluida a través de múltiples correos electrónicos (*e-mails*) con dudas respecto de los resultados de laboratorio, indicaciones del médico cirujano y síntomas inespecíficos. La paciente practica una consulta, y su médico la reasegura en relación con los resultados normales de los estudios complementarios.

Consulta 2: varios meses después y con el antecedente de múltiples consultas en guardia por síntomas inespecíficos, la paciente concurre a la consulta por cansancio de dos meses de evolución. Durante la anamnesis relata que duerme 8 horas diarias y niega síntomas de hipotiroidismo o anemia. Su médico amplía el interrogatorio. Realiza varias preguntas abiertas para indagar sobre el contexto de la paciente. Recaba que vive sola, cursa tercer año de Medicina en la Universidad de Buenos Aires, trabaja tres días a la semana y no realiza actividad física. Tiene un

hermano menor pronto a recibirse de médico que vive con sus padres en la casa familiar. Tiene un grupo de amigos con quienes sale frecuentemente. Se separó de su último novio hace 6 meses. Relata este evento con angustia y llora durante la consulta. Se genera un silencio prolongado, que la paciente quiebra al referir que no ha iniciado relaciones sexuales y que este fue uno de los motivos de la separación. Cuenta que consultó previamente con su ginecólogo, quien le diagnosticó vaginismo y la derivó a Salud Mental, pero no asistió, por pudor. Relata además que fue víctima de una situación de intento de abuso sexual en la vía pública, durante la adolescencia, pero logró escapar a tiempo.

Su médico de cabecera le solicita un laboratorio de control, interconsulta con Salud Mental y Sexología y la recita para continuar y coordinar el seguimiento.

En el segundo encuentro, la paciente refiere sentirse muy aliviada de haber podido contar lo que le está pasando. Nadie de su círculo íntimo sabe lo que vivió. Se siente un poco ansiosa por la admisión a Salud Mental y por las preguntas que deberá responder en esa consulta y en la de Sexología. Su médico de cabecera amplía el interrogatorio acerca del probable vaginismo. La paciente refiere haber intentado tener relaciones sexuales hace unos años, pero lo recuerda como algo muy traumático por no haber podido concretar la penetración. Refiere mucho dolor y sangrado, lo que implicó no volver a intentarlo. Siente deseo de tener relaciones, y placer con otras prácticas sexuales.

Su médico la cita posteriormente a las consultas con los especialistas y se comunica por *e-mail* con la sexóloga

Recibido: 15/07/17

Aceptado: 21/08/17

Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Correspondencia: diego.terceiro@hospitalitaliano.org.ar

para discutir acerca de la paciente en conjunto. En los días posteriores, el especialista se contacta con el médico de cabecera para transmitir el diagnóstico de la paciente. Entre ambas consultas programadas, la paciente concurre a la guardia por dolor lumbar y es atendida por su médico de cabecera que estaba de guardia. La paciente cuenta que amaneció con un intenso dolor y que esa noche había quedado en ver a su expareja, encuentro que va a tener que suspender por el dolor. Su médico le solicita estudios complementarios y otorga el alta con analgésicos, relajantes musculares y control en turno programado.

Consulta 3: en su transcurso, la paciente le cuenta a su médico que ya resolvió el dolor lumbar. Además, concurre a la admisión de Salud Mental y a la primera consulta con Sexología. Le dieron el diagnóstico de vaginismo. Le hicieron muchas preguntas, pero ella estaba predispuesta a ello y respondió con naturalidad. Ambos profesionales le transmitieron tranquilidad. En Sexología la medicaron con una dosis baja de sertralina.

El médico de cabecera amplía el interrogatorio evaluando otras partes del contexto que no habían sido indagadas en las otras consultas. Tiene buena relación con sus padres y su hermano. Luego del colegio secundario inició una carrera universitaria que no le gustó y se cambió a Medicina, que le apasiona. Cuenta ciertas situaciones de *bullying* en la infancia producto de su sobrepeso en aquella época y refiere haber hecho terapia por ser muy introvertida. En la actualidad se describe como temerosa y poco segura de sí misma.

La paciente se encuentra en seguimiento por Sexología, Salud Mental y su médico de cabecera con quien tiene contacto a través de consultas programadas periódicas y por medio de *e-mails*. Ha logrado asociar que muchas de sus sensaciones corporales se relacionan con las emociones provocadas por la experiencia de su contexto. Su cansancio mejoró y aceptó organizar la atención de sus problemas emocionales.

COMENTARIO

El caso clínico presentado ejemplifica la complejidad de la atención de los pacientes en el consultorio de Medicina Familiar. Pone de manifiesto diferentes estrategias y ámbitos de atención en donde el médico de cabecera desempeña su papel. Asimismo, muestra algunas de las intervenciones que se pueden realizar para abordar temas de la esfera psicosocial.

El médico de familia es el médico primariamente responsable de proveer atención integral y continua a cualquier individuo que busca atención médica. Lo hace a través de sus propios servicios o bien coordinando el uso apropiado de ellos en otros niveles de atención.

Algunas estrategias que ayudan a mejorar la coordinación con otros niveles (especialistas) son: contactar al especialista de manera personal y telefónica antes de que

el paciente concurra a la consulta, ser prolijo en la transferencia de información y elegir a aquellos especialistas que mejor trabajen.

En las consultas programadas, ciertas actitudes por parte del médico se relacionan con una mayor capacidad de recolectar información. Ejemplos de estas actitudes son: generar un tiempo para que el paciente cuente sus necesidades, comenzar la consulta con preguntas abiertas y dar tiempo suficiente para la respuesta¹.

En el caso presentado se ejemplifican los distintos ámbitos de atención del médico de familia, que abarcan la guardia, el consultorio y la vía electrónica. En relación con este último ámbito, la evidencia publicada nos demuestra la conveniencia, accesibilidad, posibilidad de compartir información, satisfacción y eficacia de esta vía de comunicación. Un estudio publicado en el año 2010 concluyó que el uso del correo electrónico entre pacientes y médicos se asocia a una mejoría en la eficacia del cuidado de los pacientes². Otro estudio, publicado en 2015, informa que el 46% de los pacientes utiliza el *e-mail* como primera vía de comunicación con su médico y que el uso del correo electrónico reduciría la necesidad de emplear otras vías de comunicación y mejoraría el cuidado del paciente³.

Dentro del consultorio del médico de familia, el cansancio constituye el séptimo motivo de consulta. La prevalencia es mayor en mujeres (alrededor del 75%) y dos tercios de las causas los constituyen diagnósticos médicos o psiquiátricos (depresión, ansiedad, somatización)⁴. En una fracción importante de pacientes no se puede arribar a un diagnóstico biomédico sin que esto implique un mal pronóstico a largo plazo⁵. Ante una consulta por cansancio, la tarea del médico de familia es evaluar al paciente en su contexto (familiar, socioeconómico, laboral y cultural) y tratar de determinar si su queja tiene una explicación biomédica y realizar un enfoque sistémico que incluya otros niveles diagnósticos y terapéuticos¹.

En la mayoría de los casos, cuando un adulto autoválido que no padece enfermedad crónica definida y tiene un examen físico normal nos consulta por cansancio, lo primero que se nos viene a la cabeza son dos diagnósticos: o se trata de un cansancio fisiológico o el origen del cansancio está relacionado con lo que podríamos denominar causa contextual o psicosocial. Por lo tanto, durante su evaluación, es fundamental interrogar sobre el contexto y diversos factores habitualmente considerados como psíquicos o psicológicos que pueden influir en la presencia de cansancio, tales como la calidad de las relaciones y de los soportes sociales, la actividad sexual, las actividades de la vida diaria, la autoestima, las actividades recreativas y el sueño⁶.

El vaginismo se define como una contracción persistente e involuntaria de los músculos de la vagina. Se asocia a ansiedad, depresión y baja autoestima⁷, y se lo considera una de las causas más comunes de disfunción sexual

femenina. La verdadera incidencia es desconocida dado que las mujeres generalmente no expresan sus síntomas. En estudios observacionales se estima una prevalencia entre el 5 y 42%⁸.

CONCLUSIÓN

El caso clínico presentado refleja la complejidad de los distintos papeles, tareas y habilidades del médico de fami-

lia. El médico aparece dentro de ámbito ambulatorio, en la guardia, realiza intervenciones en la entrevista clínica, brinda tratamiento farmacológico, coordina cuidados con médicos especialistas, evalúa el contexto y solicita estudios complementarios. Todas estas características lo definen como un médico con un enfoque de cuidado centrado en la persona, a través del tiempo, accesible, integral y coordinado.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria Hospital Italiano de Buenos Aires. 3.^a edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
2. Zhou YY, Kanter MH, Wang JJ, et al. Improved quality at Kaiser Permanente through e-mail between physicians and patients. *Health Aff (Millwood)*. 2010;29(7):1370-5.
3. Reed M, Graetz I, Gordon N, et al. Patient-initiated e-mails to providers: associations with out-of-pocket visit costs, and impact on care-seeking and health. *Am J Manag Care*. 2015;21(12):e632-9.
4. Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP. Psychiatric disorders and medical care utilization among people in the general population who report fatigue. *J Gen Intern Med*. 1993;8(8):436-40.
5. Nijrolder I, van der Windt DA, van Nijrolder der Horst HE. Prognosis of fatigue and functioning in primary care: a 1-year follow-up study. *Ann Fam Med*. 2008;6(6):519-27.
6. Carrete P, Rubinstein E. Cansancio. Buenos Aires: delHospital ediciones; 2015.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. Melnik T, et al. Interventions for vaginismus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12.