



## CASO CLÍNICO

---

### Efectos secundarios de las consultas telefónicas en tiempos de covid-19

---

Nuria Orozco Mossi<sup>1</sup>, Maria Moreno Rubio<sup>2</sup>, Jorge Gabriel Gonzalez D’Huicque<sup>3</sup>, Carolina Raga Peris<sup>4</sup>  
Gloria Rabanaque Mallén<sup>5</sup>.

1. Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Navajas y Gaibiel. Castellón.
2. Médica residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Geldo y Peñalba. Castellón.
3. Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Navajas y Gaibiel. Castellón.
4. Médica refuerzo COVID. Centro de Salud de Segorbe.
5. Médica adjunta de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Navajas y Gaibiel. Castellón.

Contacto: Nuria Orozco Mossi. [nuriaorozcomossi@gmail.com](mailto:nuriaorozcomossi@gmail.com)

Citar como: Orozco Mossi N, Moreno Rubio M, González D’Huicque JG, Raga Peris C, Rabanaque Mallén G.  
*Efectos secundarios de las consultas telefónicas en tiempos de covid-19*. fml. 2020; 25(2):5p

---

## Resumen

Este artículo nos invita a conocer algunas de las limitaciones de las consultas telefónicas y la importancia del ser cautos ante casos que nos susciten dudas, citando en consulta a los pacientes para poder ofrecer un servicio sanitario adecuado y adaptado a la situación actual.

## Introducción

Las consultas telefónicas son una pieza clave en el manejo clínico de los pacientes desde el inicio de la pandemia por COVID-19, ya que permiten agilizar la consulta en muchos casos y sobre todo reducir el riesgo de contagio, motivo principal por el que ha habido este cambio organizativo en el funcionamiento de Atención Primaria. Esta modificación en el tipo de consulta puede suponer una menor capacidad para detectar afecciones médicas y una mayor probabilidad de error al no disponer de las herramientas que nos proporciona la semiología clínica como son nuestras manos, o nuestra impresión visual. En este contexto una entrevista clínica detallada cobra mayor importancia, y en aquellos casos que generen dudas diagnósticas, habría que considerar y priorizar la consulta presencial que permite, generalmente una mayor precisión diagnóstica.

## Motivo de consulta

Pareja de mujer de 30 años llama a la consulta solicitando derivación de la paciente a Psiquiatría. Se lo han recomendado desde el centro de salud al que consulta por estar viviendo allí desde hace 4 meses con su pareja actual.

## Antecedentes médicos

Madre primípara hace 5 meses, episodios ansioso-depresivos ocasionales, migraña con último TAC realizado en 2018 con resultado normal, fumadora de marihuana 3-4 canutos diarios. Sin tratamientos crónicos activos.

## Enfermedad actual

Consulta telefónica: La pareja de la paciente refiere que desde hace 3 semanas está "ida y diciendo tonterías". Relata varios episodios con comportamientos atípicos como uno en el que la paciente quiere alimentar a su hijo de 5 meses con alimentos inadecuados. Además, se levanta por las noches tres cuatro veces a

cocinar y presenta agresividad verbal cuando se le dice que vuelva a la cama. Desde hace 4 meses asocia mayor número de migrañas de las habituales y de mayor intensidad, que le incapacitan para el adecuado cuidado de su hijo. A través de su historia electrónica se objetiva en los últimos 4 meses, unas 5-6 consultas mensuales atendidas por distintos médicos de Medicina de Atención Continuada (MAC) que han acudido a domicilio y administrado medicación intramuscular tras una exploración física sin hallazgos patológicos relevantes. En una de éstas, se relata episodio de agresividad verbal por parte de la paciente hacia el médico.

Le han aconsejado desde el centro de salud, que bien cambie el domicilio para que se le asigne médico de su área de salud, o que acuda a su médico de Atención Primaria (MAP) para derivación a Psiquiatría con la intención de iniciar tratamiento antipsicótico. La paciente no quiere cambiar de MAP dado que tiene una relación de confianza con ella.

A pesar de que los acontecimientos que relata la pareja orientan a un cuadro psicótico, citamos en consulta para evaluación completa dada la instauración reciente de sintomatología delirante y el rápido deterioro clínico de la paciente.

Consulta presencial: Acude la paciente acompañada de su pareja. Cuando entra en la consulta impresiona su aspecto deteriorado y delgadez extrema, ojerosa, con poco cuidado del aseo personal; intenta evitar el contacto visual con nosotras, tapándose los ojos con las manos y frotándose la frente. La pareja comienza a relatar cómo desde octubre hasta ahora había tenido algún episodio de migraña que se había resuelto con medicación analgésica, pero en las últimas 3 semanas, no solo eran las migrañas cada 24-48 horas, sino muchas otras "tonterías". Al parecer siempre ha tenido un temperamento fuerte pero últimamente algo más agresiva verbalmente.

Cuando se le pregunta a la paciente, refiere estar muy mal y no poder más. Preguntando por sus actividades durante el confinamiento, cuenta que está trabajando fuera de casa, por lo que no tiene mucho tiempo libre, cosa que el marido desmiente. Posteriormente muestra

un vídeo en el que la paciente presenta una paranoia y al verse a sí misma se lleva las manos a la cabeza, repite que está muy mal. A pesar de que sus gestos impresionan de desaprobación hacia todo lo que está diciendo el marido, no lo confronta. Al indagar sobre la calidad del sueño, ella niega alteraciones, lo que contrasta con las 3-4 veces que se levanta, según la pareja. No consumo actual de tóxicos, aunque sí ha consumido hasta hace un mes.

### **Exploración física**

Normotensión, saturación >97%, afebril. Paciente desorientada en espacio y tiempo, con exploración de pares craneales normal. Marcha sin alteraciones, pero impresiona el tambaleo de la paciente al levantarse de la silla y deambular. Romberg negativo y no muestra afectación motora ni sensitiva. La auscultación cardiopulmonar y la palpación abdominal, son anodinas.

### **Diagnóstico Diferencial**

- Debut de esquizofrenia en paciente consumidora de tóxicos (marihuana/alcohol).
- Tumor Primario de SNC.
- Metástasis cerebral.
- Otras enfermedades cerebrales (desmielinizantes, vasculares, infecciosas).
- Alteraciones metabólicas hidroelectrolíticas.

Se deriva a urgencias para descartar patología orgánica, se prescribe Risperidona 0,5mg nocturna, y se cita al día siguiente para ver resultados de pruebas complementarias y proceder a la derivación a Psiquiatría.

### **Exploraciones complementarias**

Análítica sin hallazgos patológicos. Radiografía de tórax dentro de la normalidad. Orina negativa para tóxicos. TAC cerebral: Dilatación del sistema ventricular afectando

ventrículos laterales e hipoatenuación de la sustancia blanca periventricular no acorde con la edad de la paciente. Además, asocia discreto engrosamiento del septo interventricular y periatral izquierdo no presentes en el TAC previo, todo ello sugestivo de proceso infiltrativo tumoral (linfoma gliomatosis cerebri) o menos probable síndrome de PRESS. En la RMN cerebral se objetiva de nuevo hallazgos compatibles con linfomatosis cerebri como primera opción. El TAC abdominopélvico no muestra hallazgos patológicos.

### **Discusión**

Desde el inicio del confinamiento ha habido una importante reducción de las consultas presenciales. Como médicos hemos tenido que adaptarnos, pasando de utilizar la exploración física como parte complementaria fundamental de la entrevista clínica, a tener que utilizar nuestras habilidades para la consulta telefónica y a partir de ahí crear un juicio diagnóstico, lo cual desafortunadamente posibilita errores, y puede dificultar la comprensión del paciente sobre la medicación prescrita o la forma de administrarla<sup>1</sup>.

La finalidad de este caso, es conocer algunas de las limitaciones que pueden suponer las consultas telefónicas en las que se pierde mucha información que en ocasiones puede ser decisiva a la hora de considerar una patología de mayor o menor gravedad. En este caso los gestos, el aseo personal y los cambios físicos de la paciente, fueron claves para decidir la derivación a urgencias con el objetivo de descartar patología orgánica.

Si en condiciones normales hemos de ser cautos a la hora de la toma de decisiones, el contar con menor número de herramientas diagnósticas debería hacernos dudar más sobre nuestras propias impresiones diagnósticas. Una posibilidad para intentar sortearlas consistiría en la realización de entrevistas telefónicas de mayor duración que permitan minimizar la incertidumbre, sabiendo valorar cuando se requieren citas presenciales ante dudas diagnósticas que

supongan cambios importantes en el manejo y tratamiento.

Por otro lado, es importante apreciar el valor de la longitudinalidad de las consultas en Atención Primaria. El haber estado consultando a MAC supuso una evaluación por distintos profesionales sin un posterior seguimiento por parte de su MAP lo que probablemente supuso una demora en el diagnóstico. La pérdida de longitudinalidad es una de las variables que más parece afectar a la calidad y eficacia de una consulta telefónica<sup>1</sup>

La linfomatosis cerebral es una forma poco común de linfoma primario del sistema nervioso central (LPSNC) con una frecuencia de alrededor de un 6,2%.<sup>2</sup> Generalmente afecta a nivel cerebral, aunque también puede hacerlo con orden descendente de frecuencia a meninges, ojos y médula espinal<sup>2</sup>.

Clínicamente los síntomas dependen de la estructura afectada, siendo los más comunes los cambios subagudos en la personalidad, marcha atáxica o déficits cognitivos. La clínica suele ser tan llamativa que el diagnóstico se obtiene a los 2-3 meses desde el inicio de ésta<sup>3,4</sup>. Contrariamente a la enfermedad ganglionar, este linfoma rara vez tiene síntomas B, como fiebre, pérdida de peso o sudores nocturnos<sup>4</sup>.

El diagnóstico es por imagen, siendo de elección la Resonancia Magnética Nuclear (RNM) donde se suele objetivar una lesión difusa no-masa que infiltra la sustancia blanca generalmente englobando ambos hemisferios, región periventricular, ganglios basales y tálamo. Supone una entidad de diagnóstico complejo porque las imágenes son atípicas del linfoma y más sugestivas de otras enfermedades desmielinizante o encefalitis<sup>2,3</sup>.

En cuanto a los hallazgos histológicos, se encuentra en la mayoría de los casos (90%) Linfoma No Hodgkin tipo B de grado intermedio a alto, (subtipo de linfoma difuso de células B grandes). Las variantes T de los linfomas representan menos del 4% de todos los casos del LPSNC. El linfoma de Hodgkin es también un diagnóstico posible, aunque la frecuencia es muy baja<sup>4</sup>.

Dado que se trata de un tumor infiltrativo mal definido, la resección quirúrgica no suele ser una opción, siendo el principal tratamiento dosis alta de quimioterapia, conociendo que el pronóstico de la linfomatosis cerebral es peor que la mayoría de los LPSNC<sup>2</sup>.

## Conclusión

Las consultas telefónicas han supuesto una ventaja en muchos aspectos durante este periodo en el que hemos tenido que adaptarnos a una nueva forma de contacto con el paciente. Si se producen en un escenario de longitudinalidad asistencial entre un paciente y su MAP que se conocen desde hace tiempo, quizá permiten sortear algunas de las barreras que supone el no poder utilizar todas las herramientas diagnósticas de que disponemos en Atención Primaria e identificar a aquellos pacientes que pueden requerir una visita y valoración presencial, proporcionando un servicio sanitario adecuado y adaptado a las necesidades actuales, al mismo tiempo que se minimizan los posibles efectos adversos de dichas consultas telefónicas.

Citando a Aristóteles: "El rasgo distintivo del hombre prudente es el ser capaz de deliberar y de juzgar de una manera conveniente sobre las cosas".

## Bibliografía

1. Muñoz Seco.E. Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. AMF 2020. Disponible en [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2656](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656)
2. LF Roca, PN Baudin, JJS Fernandez et al. Linfomatosis cerebro mediante RNM. Sera, 2018-piper.seram.es
3. Hatanpaa KJ, Fuda F, Koduru P, Young K, Lega B, Chen W. Lymphomatosis cerebri: a diagnostic challenge. JAMA Neurol. 2015;72(9):1066-1067. doi: 10.1001/jamaneurol.2015.1149.

4. A.J. da Rocha, B.V.S. Guedes, T.M.B.S. da Rocha, A.C.M. Maia, C.S. Chiattonne  
Linfoma primario del sistema nervioso central: el aporte de las técnicas convencionales de diagnóstico por imágenes Rev Argentina Radiol. 2016;80(2):112-121