

Se reconoce, por otra parte a nivel mundial, que la prensa es un factor que ocasiona el incremento de demandas o denuncias: el exagerar, prejuzgar y exhibir los casos en donde se presenta un problema de atención médica ocasiona que se piense que el servicio de ese lugar o país no es de calidad suficiente.

Por último, en relación con la medicina defensiva, hemos hablado mucho de ésta: no es ética, es costosa y daña a la relación entre los médicos y pacientes. Estos últimos identifican que su médico no se preocupa por él sino por las consecuencias de una posible demanda o denuncia.

El ejercicio de la medicina defensiva, la elevación del costo de la atención médica, el deterioro de la relación médico-paciente influyen en las demandas que generan un impacto psicológico en el médico. Si bien, cuando al médico se le demanda en la CONAMED sí hay un impacto, pero es menor que cuando se le denuncia ante el ministerio público.

El Dr. Fernando Guzmán se dedicó a investigar qué le pasa al médico cuando lo denuncian: aquí les presento un extracto en donde nos hace reflexionar sobre lo que le sucede al médico cuando lo denuncian:

Primero lo niega: "este citatorio no es para mí, se equivocaron". Cuando lo acepta, se angustia, "qué me va a pasar", "que va a suceder". Después, depresión: "tanto esfuerzo para nada". Luego, resentimiento: "así me pagan". La medicina defensiva: "si ya me ocurrió, esto no me lo vuelven a hacer. Tendré que vigilar que esto no me ocurra y si ocurre pues podré ganar". Complejo de culpa: "ahora todos me rechazan". Posteriormente, esperanzas vanas: "tal vez retiren la demanda, tal vez se den cuenta de que yo no soy tan malo" y, finalmente, aceptar que hay un problema que debe asumirse y demostrar que actuó correctamente. Si no, asumir lo que conocemos como responsabilidad médica. Reparar el daño que ocasionó por negligencia o impericia.

¿Qué se puede hacer? ¿qué podemos hacer cada uno para mejorar la relación médico-paciente? Es importante saber qué espera el paciente de su médico. Una encuesta demuestra que el paciente generalmente espera ser escuchado, ser comprendido, sentir que su médico se preocupa por él, le atine al diagnóstico ó que el tratamiento sea efectivo; algunos esperan ser tratados correctamente. Sin embargo, no es suficiente, hay que conocer un poco más de sus expectativas.

Hoy, cuando hablamos de un servicio de calidad, es fundamental conocer las expectativas del cliente, identificarse con el paciente, que sepa quienes somos, dar tiempo al paciente para contar su historia e investigar lo que el paciente no contó para hacer un diagnóstico.

Les platico el caso de un médico cardiólogo que lo denunciaron por un caso de probable infarto al miocardio y en su historia clínica no hacía referencia al dolor. Cuando le preguntamos al doctor por qué si le mandaron este caso no hizo referencia al dolor en la historia clínica, respondió: "la paciente nunca me dijo que tuviera dolor" y...

- ¿Le preguntó?
- bueno no le pregunté pero no me dijo...
- Si se lo mandaron con diagnóstico de infarto ¿no tendría que preguntarlo?

En conclusión, ver y escuchar nos cuesta trabajo a los médicos. Ahí están los 18 segundos que dejamos que nuestros pacientes hablen antes de interrumpirlos.

Algunas recomendaciones que dan algunos autores:

- No escribir y escuchar a la vez. Aunque en algunas instituciones no se puede hacer, pero cuando estamos escribiendo y no volteamos a ver al paciente, no sabe si nos estamos interesando ó pensando en otra cosa.
- La empatía, comprender los sentimientos del paciente.
- Educar al paciente sobre su salud, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Instruirlo para modificar su enfermedad, su estilo de vida. Asegurarse que comprendieron sus explicaciones indicaciones y eso tiene que ver con...
- Retroalimentación, que toda buena comunicación exige preguntar al paciente si realmente entendió nuestra explicación.
- Hay que tener cuidado de hacer comentarios delante de los pacientes, pues no se sabe cómo lo vayan a entender.

Las recomendaciones que la CONAMED junto con las Comisiones Estatales hicimos hace ya casi dos años tienen que ver con mejorar la comunicación médico-paciente y generar actitudes que eviten las demandas o las denuncias:

- Respetar al paciente.
- Actuar de acuerdo a su deber profesional o *lex artis*.
- Actuar con conciencia y prudencia.
- Informar al paciente y obtener su consentimiento informado.
- Documentar su actuación, la historia clínica y su expediente.
- Ayudar en caso de urgencia.
- Mantener la confidencialidad.

De todo lo que he dicho no hay nada nuevo, pero insisto en ponerlo en práctica, hacerlo propio y cambiar la actitud para evitar esta problemática que hoy nos aqueja a los médicos.

Comunicación con el paciente difícil

DR. ALBERTO LIFSCHITZ

Egresado de la Facultad de Medicina de la UNAM. Examen profesional con mención honorífica. Especialista recertificado en medicina interna por el Consejo Mexicano de Medicina Interna. Fundador de la Asociación de Medicina Interna. Profesor definitivo de asignatura de la Facultad de Medicina UNAM. Ex director del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.

Ex coordinador de educación médica del IMSS. Gobernador para el capítulo mexicano del American College of Physicians de 1992 a 1996. Miembro numerario de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía. Integrante del cuerpo editorial de 11 revistas médicas. Director general de medicamentos y tecnologías para la salud de la SSA 2000-2001. Tutor de maestrías en medicina en ciencias médicas y ciencias de la salud. Ha dirigido 18 tesis de especialización y maestría. Ha publicado 16 libros, 57 capítulos de libros y 270 artículos en revistas incluyendo 47 de investigación. Actualmente Director General del Centro Médico MEDISALUD-INOVAMED.

Me toca la difícil tarea de hablar del paciente difícil. Voy a destinar un tiempo a conceptualizar a este tipo de paciente, porque finalmente es un concepto relativo. Puede ser difícil para unos y no tan difícil para otros, pero sí es cierto que constituye un porcentaje de los pacientes que enfrentamos cotidianamente y hay que aprender a relacionarse, a comunicarse con ellos. ¿Por qué difícil? Porque requiere mucho trabajo y no tenemos tiempo; ¿por qué es complicado? Porque es descontentadizo y por fortuna tiende a ser excepcional, pero cada vez menos.

Primero hay que entender que para lograr esa comunicación o el paciente se adapta al médico o viceversa, pero quien tiene que tomar la iniciativa es el médico. También hay médicos difíciles, pero no es el tema y quizá ahí tendría yo muchas cosas más que decir.

¿Qué variedades de paciente difícil identifico? Aquellos, cuya enfermedad significa un diagnóstico difícil, depende de la especialidad, tipo de práctica, pero esto puede constituir una proporción importante de los pacientes, yo diría que en mi práctica mediterránea familiar que atendí me costó mucho trabajo diagnosticarlo, aunque era un paciente clásico, ¿por qué? Simplemente porque no había leído nunca del tema. En el momento que leí sobre esta enfermedad fue fácil y de ahí en adelante lo diagnosticamos.

Cuando tomamos al paciente en la etapa temprana de la historia natural de la enfermedad, es un desiderato. La aspiración del diagnóstico precoz y temprano, siempre es difícil, pues muchas veces es subclínico, preclínico u oligosintomático. Sobre los que significan un manejo difícil, no voy a hablar porque limite mi tema a aquellos con los que se establece una relación difícil, entonces voy a referirme a lo que es el diagnóstico y sobre la relación difícil con el paciente.

Diagnóstico difícil es, en primer lugar, en las enfermedades de baja prevalencia; todos sabemos que, en la medida en que tengamos en mente un cierto diagnóstico, vamos a descubrir las enfermedades que van bajo este rubro. Recuerdo que el primer caso de fiebre.

Cuando la enfermedad se presenta de manera atípica, ya sea porque tiene pocos o muchos síntomas no siempre dependientes de la misma enfermedad; en esta distinción entre padecimiento y enfermedad, el primero puede estar lleno de síntomas que no todos corresponden a la segunda y, por otro lado, participan los factores subjetivos e impersonales en la expresión clínica de la enfermedad.

El hecho que la suma de enfermedades no es algebraica y que estas influyen una a la otra en su expresión, la comorbilidad, es decir, la asociación de dos o más enfermedades, por lo menos en adultos, es más la regla que la excepción (casi todos los pacientes tienen comorbilidad de alguna manera y esto pues complica las cosas) y también la participación de los superespecialistas no genera, en ocasiones, una satisfacción suficiente en los pacientes porque sólo ven una parte del padecimiento.

Los signos inespecíficos, son otro factor de dificultad para la realización de un diagnóstico. Lo más difícil es enfrentar a un paciente que tiene astenia: cansado, fatigado, toda la nosología puede ser ahí, o el que viene mareado en el sentido más amplio del término.

Los signos inusitados, por ejemplo las cirohidrosis (pacientes que sudan de color rojo) pues nos vuelven locos.

Pero muchos de los problemas de diagnóstico difícil son por deficiencias de información, sea por que no la supimos obtener o el paciente no tuvo la capacidad de transmitirla, por imprecisión, inexactitud en la información o por que esta es falsa, no necesariamente premeditada o voluntaria.

Lain Entralgo dice que en cada enfermedad el paciente tiene varias vivencias: invalidez, que no se siente competente para seguir desarrollando su trabajo; molestia, que algo le incomoda; amenaza, que ve riesgos para su vida o para su futuro; succión por el cuerpo, en donde lo demás deja de tener importancia y toda la atención se concentra en el propio cuerpo; soledad, aunque se encuentre acompañado; anomalía donde uno se sale del patrón, y vivencia del recurso, que la enfermedad le permite obtener algunas ganancias secundarias.

La relación difícil con los pacientes puede estar determinada por las alteraciones dependientes del padecimiento mismo; la relación con el paciente que sufre demencia o psicosis, para quienes no son psiquiatras, es una relación muy complicada. No sabemos actuar ante esos casos.

Con los hipoacúsicos, por supuesto, la consulta se convierte en pública. Todos la escuchan fuera del consultorio porque hay que elevar la voz. La vivencia con los afásicos, los que no pueden expresarse, los que tienen limitaciones intelectuales, no sólo los dementes, sino los que tienen cierto deterioro mental incipiente es muy difícil comunicarse; o los que tienen limitaciones culturales, al menos bajo la perspectiva del médico, por que a lo mejor no son limitaciones sino simplemente otra cultura; o bien con aquellos que no tienen una cultura propicia a la salud y es un tanto difícil hacerlos conscientes de la importancia de este valor. Debo

decir que limitación cultural, deprivación o analfabetismo no son sinónimos de incompetencia sino que implica la necesidad del médico para acercarse a los pacientes bajo una estrategia diferente.

Los pacientes de mal pronóstico y como abordar esta comunicación. Las malas noticias durante toda la época paternalista, que desde luego no ha concluido. Durante la época hipocrática hubo un ocultamiento histórico para evitar, según se creía, daños mayores o el principio de no maleficencia. La verdad podría ser un instrumento de daño. Después se legisló en algunos países y se identificaron dos tipos de pacientes: los autocontrolados y los evitadores, por lo menos así les llaman a los que no quieren saber y los que quieren saber porque tienen la capacidad de controlarse. En todo caso, el paciente tiene derecho a saber la verdad y requiere de una preparación adecuada del enfermo y su familia, que es su apoyo. El conocer la verdad es un requisito indispensable para ejercer la autonomía, es decir, sin esto no podría tomar decisiones propias.

El comunicar malas noticias es una responsabilidad ineludible del médico tratante. Los hospitales mandan, a veces, al interno, al residente o a la trabajadora social porque es muy incómodo enfrentar situaciones de este tipo. En algunos lugares la trabajadora social se ha convertido en el mensajero de las malas noticias.

Hay que responder a todas las preguntas que haga el paciente, no decir más allá de lo que el paciente pregunta y, en todo caso, aunque uno tenga la obligación de decir la verdad, una habilidad es administrar esta verdad, escoger el momento apropiado, el ritmo, progresión, secuencia con que se va diciendo la verdad.

Aunque en la escuela nos enseñan a no involucrarnos afectivamente con los pacientes, me parece que por el contrario sí debemos hacerlo sin sobre involucrarnos. Involucrarnos en el sentido de sufrir y alegrarnos con ellos por que es la única manera en que uno puede percibir la magnitud de la enfermedad.

Entender estas fases de Cubin Ross es fundamental, porque los médicos podemos ser víctimas de etapas anímicas que viven los pacientes y puede ocurrir que lleguen a golpear y uno tendrá que entenderlo.

Ahora, los médicos tenemos responsabilidades adicionales, si antes era el diagnóstico nosológico, la responsabilidad fundamental y las decisiones que de ello derivaban, ahora tenemos que hacer un diagnóstico de necesidades de los pacientes, expectativas de la capacidad del paciente para contender con su enfermedad y de su competencia para participar en las decisiones.

Y en esto de la identificación de demandas y expectativas, se identifican síntomas que obligan al paciente a buscar ayuda médica (que Pfizer les llama iatrotrópicos), síntomas que el médico puede descubrir, probablemente, en su rutina de interrogatorio (lo que se define como no iatrotrópico), diagnosticar qué es lo que deberá necesitar el paciente: a

veces necesita que lo escuchen, que se compadezcan; se le puede acotar las expectativas excesivas, diagnosticar qué tan competente es y tratar de identificar sus deseos, preferencias, temores, aprehensiones, valores y principios que están atrás de las expectativas.

Los médicos debemos entender por qué se presentan, cada vez más, pacientes difíciles; el paciente como consumidor, como usuario de servicios y como participante activo del proceso de atención, el paciente crítico va buscando ofertas, compara los paquetes, selecciona al médico por diversas características.

Todo este proceso forma parte de algo que se ha denominado movimiento emancipador de los pacientes. Como en la Revolución Francesa el pueblo se emancipó contra la monarquía y aristocracia, ahora los pacientes se están emancipando contra la iatrocracia. En otras palabras, los pacientes de hoy no son como los de antes, pese a la importancia que tenga lo histórico: tienen mayor conciencia de sus derechos; se organizan en grupos, aumentan las demandas y reclamaciones, y además los médicos estamos vigilados por pares. Antes no teníamos esa vigilancia, por lo tanto no es cierto aquello que se ha dicho históricamente sobre que los médicos podíamos hacer lo que quisiéramos con los pacientes.

Hay otro prototipo del paciente difícil que tiene ciertas particularidades: contradictorio, vago o impreciso, evasivo, hostil, exigente, crítico e intolerante. A veces, en esta relación médico-paciente el médico tiende a atribuir sus fracasos a las características de los pacientes en este sentido, pero en sentido estricto me parece que los médicos debiésemos tener la capacidad para contender con los pacientes que tengan cualquiera de estas eventualidades.

El escéptico o el que inventa enfermedades, el que sufre un empresario que tiene varios trabajadores pensionados por dolor lumbar crónico, pero que trabajan de cargadores en algún otro lado; la facticia, que es un trastorno psiquiátrico más de fondo, que consiste en que los pacientes se provocan enfermedades sin buscar una ganancia secundaria; el simulador, aprovechado, histriónico ó el que cree que uno está experimentando con él.

El que forma parte de una subcultura que no conocemos los jóvenes de ahora, me cuesta entenderlos; o los que son adictos a fármacos; el que habla otro idioma; el involucrado en delitos. No es fácil hacerse cargo del paciente que tiene esas características, el que tiene expectativas excesivas, el angustiado son pacientes muy difíciles.

¿Cómo se podrá enfocar de una manera general al paciente difícil? Porque cada prototipo tiene un abordaje diferente y no me siento competente para describirlo, pero algunas de las generalidades pueden empezar por:

La exploración de las expectativas; darse un tiempo para identificar qué es lo que espera el paciente de nosotros.

Tener un comportamiento estrictamente profesional, sin desesperarse, impacientarse, enojarse, no dejar de mostrar interés por el paciente por más desagradable o difícil que

nos pudiera parecer, muchos dan ganas de derivarlos, aunque formen parte de nuestro campo de conocimiento y

La alianza con los familiares que también me parece que es una estrategia útil, porque uno puede entender las expectativas o las características del paciente, pero una plática previa con los familiares puede encontrar la manera de comunicarse mejor con el paciente.

Queda simplemente esbozado. Entiendo que el tema es muy amplio, pero creo que algunos puntos quedan para la reflexión y discusión.

La revelación del efecto adverso en la práctica médica

DR. EDGAR FUENTES

Médico por la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en medicina interna y terapia intensiva en el Centro Médico Nacional Siglo XXI. De 1998 a febrero de 2002 jefe de Calidad de la Atención Médica, Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Ha publicado 20 artículos y 7 capítulos en libros. Actualmente dedicado a la práctica privada.

Buenas tardes, muchas gracias por esta amable invitación, el tema que vamos a tocar ahora en este momento va a ser "La revelación de los efectos adversos de las iatrogenias de las complicaciones en la práctica médica".

Después del Dr. Lifschitz, médico y humanista de la medicina, a quien expreso mis respetos como discípulo que fui de él, no queda mucho que decir. Sin embargo, trataré de explicar algunas cosas que pueden ser útiles.

Es cada vez más frecuente que los pacientes estén en busca de las complicaciones, de las iatrogenias, de los problemas que muchas veces el médico no identifica y significan un obstáculo para el pronóstico de las enfermedades. La medicina, por lo complejo que se ha ido tornando principalmente a nivel hospitalario, donde dependemos más de la tecnología pues se realiza un número mayor de estudios, diagnósticos, prácticas terapéuticas e incluso eventos que pueden llamarse profilácticos, implica un riesgo.

Debemos reconocer que ese riesgo significa una iatrogenia. Son riesgos inherentes a lo que ya somos. Pocos procedimientos hay que tenerlos muy en cuenta para hablar de efectos adversos ó iatrogenia. Tenemos que hacer la definición de ellos: Iatrogenia es el daño que surge como consecuencia una acción médica o quirúrgica, que en este caso puede ser por omisión o comisión, por una deficiencia de tipo, por mal tratamiento del equipo con que se cuenta, etc.

Sin embargo, hablar de incidentes adversos es referirse a una complicación. Es el resultado de un procedimiento, de cualquier tipo de procedimiento, con fines profilácticos, diagnósticos e incluso terapéuticos, y que no tiene relación al-

guna con el padecimiento de base por el cual estamos atendiendo a un paciente.

Dentro de las diversas clasificaciones que tenemos de los incidentes adversos, tal vez la más importante a tomarse en cuenta para comunicarla a los familiares y al paciente es la gravedad del incidente adverso.

En alguna clasificación, publicada por un servidor en la revista de la Academia Nacional de Cirugía, mencionaba una propuesta de clasificación de los incidentes adversos: leves, moderados y severos.

Un incidente adverso leve es aquél que no modifica el curso de la enfermedad, ni los días de estancia, aunque probablemente si lo haga con el costo del tratamiento. El incidente adverso moderado es aquél que requiere de un manejo más especializado, muchas veces en unidades de cuidados intensivos. Obviamente ese tipo de incidentes adversos afecta el pronóstico, los días de estancia, el costo del tratamiento y el entorno familiar, incluso hasta del mismo médico. El incidente adverso severo, es aquél que no sólo ocasiona la atención médica en una unidad de cuidados intensivos, sino que potencialmente puede llevar al paciente a la muerte.

Por lo tanto, ¿cómo vamos a comunicárselo al paciente?. El Dr. Lifschitz hablaba que muchas veces es muy difícil comunicarse con el paciente y los clasificaba como: paciente psiquiátrico, paciente que está bajo medicamentos, paciente que no puede hablar, que no puede escuchar, paciente con deficiencias. ¿Cómo se lo vamos a explicar a él o a la familia?

Tal vez, lo más importante en los incidentes adversos no sea la comunicación, en sí misma. Lo más importante desde mi punto de vista, es la identificación oportuna. La identificación y la búsqueda metódica. Nosotros ya sabemos cuáles son las complicaciones inherentes a los procedimientos, a los estudios, a los tratamientos, a las cirugías, a los medicamentos, etc. Deber ser una rutina revisarlos y prevenirlos; desde la formación misma del médico se inculca, desde este momento, este tipo de previsiones.

Para identificar un incidente adverso, sigue siendo de vital importancia hacer una historia clínica adecuada; evitar el efecto cascada: un paciente ingresa con un diagnóstico, llega al servicio de urgencias, sube al piso con el diagnóstico, iniciamos una serie de estudios ó tratamientos, pero ya lo tenemos etiquetado. Sin embargo, probablemente el paciente tenga algo muy diferente. El indicar erróneamente un estudio ó un tratamiento conlleva un efecto adverso. El examen físico completo, cuidadoso, meticoloso, no sólo cuando ingresa al hospital, sino incluso durante la evolución misma de la enfermedad del paciente, se le presta poca importancia por parte de algunos de los médicos, incluyendo nuestros estudiantes y algunos residentes.

Otro de los problemas que se presentan se refiere a que muchas veces el paciente está feliz mientras más pruebas realizan los médicos. Piensan que son más cuidadosos, con