

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

mayor conocimiento y dominio de la tecnología, que están más actualizados, mientras más cantidad de estudios hagan para resolver la enfermedad.

Creo que todos hemos sido pacientes en algún momento y sabemos lo difícil que es someterse a un estudio diagnóstico. Sabemos los estados de tensión que se generan en el paciente en espera de los resultados, la ansiedad que genera, el dolor que puede causar, el costo, etc.

No se trata de hacer sólo un diagnóstico, sino realizar las pruebas indicadas para hacer el seguimiento de la evolución del padecimiento e identificar las complicaciones a las que este paciente esté predispuesto.

Finalmente, la honestidad médica implica desarrollar experiencia en la enfermedad, cuando alguien deposita su confianza en las manos de los médicos, tanto pacientes como familiares, los médicos debemos tener la certeza de que tenemos los conocimientos para realizar el tratamiento adecuado.

Muchas veces los especialistas hablan con una seguridad impresionante acerca de la enfermedad, de cómo deberá ser tratada y, en realidad, no están al día sobre las nuevas terapéuticas. Esto es bien importante, porque va de por medio la honestidad médica. Por lo tanto, cuando se atiende a un paciente y se detecta una complicación ó un incidente adverso, lo más importante es reflexionar sobre lo que debe hacerse, cómo hacerlo y también, muy importante, lo que se debe decir a la familia.

Para iniciar, el enfermo lleva un curso diferente al esperado, el médico establece un pronóstico, el paciente tiene una expectativa y la familia tiene otra. Por ello, hay que modificar la conducta del equipo médico, redireccionar la asistencia médica y sentarse a platicar. Prácticamente se parte de cero, se prepara la estrategia para tratar al paciente y se proporciona apoyo al equipo de trabajo, a la familia y al sujeto mismo.

También se explica el significado de la complicación, en qué consiste, por qué se da, y, esto es muy importante, tal vez lo más difícil, establecer un pronóstico. Si resulta difícil en algunas ocasiones establecer un diagnóstico, decidir una terapéutica ó realizar algún estudio para el paciente, más cuestionable es realizar un pronóstico. El hecho de equivocarse en el pronóstico generará expectativas falsas al paciente, y a la familia.

Ahora, la medicina esta revolucionada, ha vuelto la cara hacia la calidad, al adecuado manejo del paciente y a respetar su derecho a estar informado a hablarle con la verdad. Es muy importante establecer un pronóstico confiable. Para ello, los médicos deben decidir, cuando algo se complica, la realización o no de una intervención.

En una revista médica afamada, se publicó una historia clínica de una paciente con anemia. Fue estudiada durante 3 años por un especialista y no llegó a un diagnóstico certero. Sin embargo, en una de las ocasiones en que fue interconsultada por otro médico, se llegó a la conclusión de

que esta paciente "con anemia" tenía un mieloma múltiple y que a pesar del tiempo perdido todavía estaba en fase de tratamiento oportuno. Sin embargo, después de 3 años de estar sometida a estudio, tras estudio, con diferentes diagnósticos y diversos tratamientos, cuando realmente se llegó a un diagnóstico certero y se le explicó el tratamiento a realizar, la paciente rechazó toda intervención terapéutica, porque dijo estar cansada. Este hecho ejemplifica cómo muchas veces, cuando algunos médicos no detectan una complicación, no se recurre a la interconsulta. Esto es bien importante. Después de un análisis serio, llego a las siguientes conclusiones:

Muchas veces no es posible detectar una complicación, pero cuando se realiza, no se solicita la ayuda del especialista que tiene más experiencia porque algunos médicos sienten que pierden autoridad. ¿Cómo mostrar ante otros colegas, ante la familia, ante el paciente, que no se sabe tratar esa complicación? ¡No puede ser, si los médicos somos del siglo XXI, estamos preparados y tenemos la tecnología...! ¿Cómo puede ser que necesite de alguien más para que resuelva un problema que muchas veces minimizamos?

Otro aspecto, en el que está inmiscuido el orgullo profesional, es ¿cómo es posible que se enteren compañeros de la profesión que un médico solicita la intervención de otro?. No nos gusta exponernos a la crítica ni al cuestionamiento de compañeros, familiares, estudiantes y residentes.

Por otro lado, el factor económico también influye en las decisiones de algunos médicos para no realizar interconsultas en caso de complicaciones y generalmente esto ocurre en la medicina privada. Algunos prefieren tratar las complicaciones antes que tener que dividir las ganancias. "Si llamo a fulano pues ya me tocó una menor rebanada del pastel".

Otra de las razones que hay para no realizar interconsultas en casos como estos, tiene que ver con perder a sus pacientes y sea otro el que los capte. No queremos perder ese paciente por razones económicas, ó de prestigio. A los médicos no nos gusta que hablen mal de nosotros. Sabemos que expresar afuera que el paciente "se me complicó" significa a los ojos de los colegas que se cometió un error. Si el paciente tuvo un efecto no deseado, no faltará quien diga "te lo dije, no le debiste haber hecho esto, por qué lo operaste así, por qué no pediste una valoración quirúrgica".

Por ello, los médicos no se exponen a este tipo de circunstancias y, obviamente, existe un miedo de todos los dedicados a la práctica profesional a ser demandados. Por lo tanto, la práctica común es minimizar el problema y, en algún sentido, es tratar de evitarle más gastos a ese paciente.

Sin embargo, detectar una complicación, significa detectar que el paciente no está bien. Es detectar que la enfermedad y la curación no lleva el curso que debe tener, que padece nuevos síntomas que obliga a reflexionar profundamente si el médico tratante es el adecuado para dirigir la atención.

Factores que afectan la relación médico-paciente

DR. JUAN JOSÉ ORTEGA CERDA

Egresado de Escuela Nacional de Medicina de la Universidad La Salle. Especialidad en medicina interna por el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", hoy Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán". Especialidad en cardiología por el Instituto Nacional de Cardiología "Dr. Ignacio Chávez". Recertificado en ambas especialidades.

Profesor de pre y post grado de la Universidad La Salle, así como en la Universidad Panamericana y en el Instituto Nacional de la Nutrición. Miembro de varias Asociaciones Nacionales e Internacionales. Ha presentado mas de 200 trabajos en congresos. Miembro fundador y actualmente presidente del Colegio Médico Lasallista. Coorganizador de las primeras jornadas de la situación actual de la mujer en México con la CNDH. Miembro de la Academia Mexicana de Bioética. Presentando para su ingreso el tema: la relación médico-paciente y los seguros de gastos médicos mayores. Colaborador en libros y artículos publicados en revistas médicas.

A pesar de los cambios evidentes, el enfermo sigue exigiendo por parte del médico una buena relación. Este vínculo lo lleva a buscar la curación de su enfermedad. Nosotros hemos hecho encuestas con pacientes y lo que quieren, para preservar una buena relación, es elegir y tenerle confianza a su médico. Lo que quieren es que el médico les recomiende qué hacer.

A pesar de la gran información y la enorme influencia de muchos medios de comunicación, de las compañías de seguros y de otros factores, los pacientes no quieren que una compañía de seguros les recomiende un médico. Otro de los graves problemas que enfrentan las compañías de seguros son los que le generan las redes de médicos y por otro lado es evidente que a los médicos nos gusta establecer buena relación con nuestros pacientes.

El otro día, en un panel de bioética, un joven estudiante de 3er semestre de la carrera de medicina le contestaba al rector de la Universidad Nacional Autónoma de México su ponencia; le decía que sería bueno que los que están organizando la medicina nos permitan hacer la medicina que soñamos, porque nosotros queremos ser médicos, no prestadores de servicios.

Esta pequeña frase deja muy claro lo que los médicos queremos ser, médicos no prestadores de servicio, o, como las instituciones de salud nos tratan, empleados. Si uno lee la filosofía e historia de la medicina, la relación médico-paciente se basa en libertad y confianza. Nosotros hicimos una

encuesta con un número significativo de pacientes y les preguntamos en qué basan la relación con su médico: 98 % de los pacientes contestaron: en la libertad y 85 % en la confianza; nadie preguntó si tenían un nivel académico "x", "y" ó "z"; si eran profesores; si tenían un consultorio elegante. Esto respalda que el paciente quiere de su médico una relación amable.

Sería interesante interrogarse por qué en el país mas desarrollado del mundo, con la mejor tecnología médica del mundo, pero donde se registra la mayor cantidad de demandas contra los médicos, se practica la medicina defensiva en mayor medida, donde hay más información y las personas saben que la medicina actual nunca ha tenido tanta eficiencia ni tantos resultados como ahora, por ello vale preguntarse: por qué se ha realizado en ese país un desarrollo grandísimo de la medicina alternativa, de la herbolaria. No será que nuestros colegas alternativos, por llamarles de alguna manera con respeto, han preservado la relación médico-paciente.

No será que han quitado los intermediarios y le dan la mano a su enfermo; allá la gente se puede informar y la Asociación Americana de Medicina Interna es escuchada por el Senado y el presidente de los Estados Unidos la toma en cuenta. El avance de la medicina alternativa en ese país es impresionantemente grande. En México, seguramente no tenemos datos concretos en este renglón, pero todos los días vemos pacientes que se han atendido por especialistas en medicina alternativa, porque quieren una relación con su médico basada en libertad y confianza, relación que ha sido agredida.

Hace un rato, el Dr. Lifschitz explicaba en su ponencia cómo se trabaja en las instituciones publicas, cuántos segundos quedan para escuchar al paciente; cuántos pacientes hay que ver en media hora. Es una masificación impresionante. El Dr. Tena señalaba que deberíamos llamar al paciente por su nombre, don fulano o don sutano en lugar de "madrecita", pero ¿no sería bueno que también en lugar que nos dijeran "doctorcito", nos identificaran como Pedro López, el que me operó y nos quitaran el título? Lo importante es que el paciente sepa quién lo está viendo y no que en cada consulta un médico diferente lo reciba. Y para acabarla, el doctor en turno se pregunte ¿qué puso aquí este cuate? ó ¿de veras le dio esto? Definitivamente la masificación de la medicina repercute negativamente en la relación médico-paciente.

Es casi imposible que en una institución el paciente sea atendido por el mismo médico o que el médico que lo operó haga el seguimiento, porque es atendido por el del siguiente turno... y el del siguiente turno... y el del siguiente turno. Esto hay que corregirlo. Hace rato se señaló la terrible tecnificación: llega una persona con infarto agudo al miocardio; lo enchufan por todos lados y de repente le dice una enfermera, firme aquí... le van a destapar la coronaria. Está bien... acto seguido le tapan la cara, llega un señor y pide que le pasen un Sten 2x5, 6x8 cirulimus; ya quedó. Le aprietas y le das el tratamiento normal y lo despedes. El pa-

ciente, desconcertado, no supo ni qué pasó, ni quien le destapó la coronaria, si fue médico o plomero. Es una tecnificación llevada al extremo con una aplicación absurda. No hubo un médico que le informe ni le diga con detalle las ventajas de esta atención. Sería recomendable que llegara un señor muy preparado para ayudarnos a destapar la arteria y cuando acabe el procedimiento se detuviera a explicarle al paciente, después se presentara y luego se tomara la molestia, ya cuando el señor pudiera caminar, de enseñarle la película de la intervención. En síntesis, la tecnificación se interpone entre el médico y el paciente.

Paradójicamente, la información también es otro problema: "doctor yo leí en selecciones que me tiene que arreglar la hernia por vía laparoscópica. En una página de Internet yo vi que el mejor medicamento para aquello es este". El internet es un peligro terrible. Cualquiera puede crear una página de Internet del último tratamiento del cáncer de piel sin tener la menor idea qué es. Por otra parte, el amarillismo de los medios de comunicación genera también problemas de comunicación entre médicos y pacientes, pues no dicen las cosas como son.

Por ejemplo, salió en el noticiero que hay una nueva medicina para que no se tapen las coronarias, se descubrió en Francia, se llama clopidobrel. Como consecuencia directa, el paciente le pide al médico "recéteme esa medicina, no se me vayan a tapar las coronarias". Usted tiene una úlcera péptica sangrante, le señala el médico; "no importa, recétemela", insiste. Entonces, algo que aparentemente es tan bueno puede resultar mal manejado.

Otra cosa que los médicos tenemos que aceptar es que la figura del médico ya no es la de nuestros maestros, ni la de los maestros de nuestros maestros. Ahora, un médico es considerado, en el canal de las estrellas, que mató a una paciente porque fue el único que se atrevió a atenderla después de no ser aceptada en seis hospitales. Que murió porque no tenía sangre y logró sacar adelante a la criatura. Pero ya lo juzgaron y lo pusieron detrás de las rejas. Además, se cree que está bien hecho porque salió en el canal de las estrellas.

La imagen que se llegó a tener del médico se ha degradado y para acabarla, en la medicina privada ahora hay que hablar con el vendedor de los insumos médicos para determinar el impuesto que aplicará para su uso, después con el que paga, quien es un intermediario financiero que piensa en la medicina como un negocio y con el paciente. Todo esto indica que el problema de la medicina es su encarecimiento y los que tienen dinero son ellos, los proveedores e intermediarios. Entonces pase usted con Pfizer para ver si nos vende las cosas, luego vaya hablar con los de Nacional Provincial haber si le autorizan que yo lo atienda y luego con el abogado, por aquello de una posible equivocación. Ahora les puedo narrar casos patéticos de esto, yo tengo un caso de una persona que falleció discutiendo esto, una persona con angina inestable que la compañía de se-

guros autorizó una angioplastia, pero resulta que la lesión era quirúrgica y entonces no estaba autorizada la cirugía, y la providencia resolvió el problema, la paciente falleció mientras discutían. Son casos patéticos pero reales, creo que el mejor ejemplo que yo he encontrado para entender mejor lo que está pasando, lo vi en Barcelona, en una pintura de Picasso, *La Misericordia*. Así concibe Picasso la relación médico-paciente. Esta es la realidad, ejemplifica un video que transmitió el Dr. Tena, donde señala que la enseñanza de la medicina está en medio: uno se siente muy elegante diciéndole a los estudiantes cómo hacer un diagnóstico y no se da cuenta del nombre del sujeto de diagnóstico, todo esto está interfiriendo terriblemente en la relación médico-paciente. Vale señalar que es absolutamente claro que esta situación no está mejorando.

Lo terrible de todo es que nunca se habían encontrado tantos avances tecnológicos, nunca había habido tanto conocimiento y, sin embargo, no está beneficiando al enfermo, por lo que creo que debemos pugnar, porque ese es nuestro objetivo, por el paciente, para eso somos médicos. Debemos tener el talento para utilizar racionalmente todos los medios actuales para preservar el bienestar del paciente. En un ejercicio sano de la medicina, con un acto médico sano, el fin es preservar la relación médico-paciente.

Desde nuestra óptica, el único elemento que puede dar avances significativos para que esto se componga son los médicos, por lo que significa ser médico.

Para buscar una solución, los médicos tenemos que poner encima de esta mesa desde un principio dos cosas: capacidad científica e integridad ética y moral. Hay que trabajar; hay que usar el talento para que los pacientes no se vayan a tratar el cáncer con el yerbero, sino con el especialista en oncología, pero que este especialista esté contento de atender al enfermo y, lo más importante, el enfermo esté satisfecho, reciba una atención de calidad.

Si los médicos nos afanamos, es factible revertir la situación, si no, vamos a cargar con las consecuencias gravísimas en el ejercicio de nuestra profesión.

La comunicación con el paciente terminal: los requisitos para su éxito

DR. JUAN CARLOS MENDOZA CHÁVEZ

Médico por la Facultad de Medicina de la UNAM. Especialista en psiquiatría. Coordinador de diferentes grupos para rehabilitación del Hospital de Oncológica del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Actualmente médico psiquiatra adscrito al Hospital de Oncológica y asistente de la Dirección del Hospital "Fray Bernardino Alvarez".

En muchas ocasiones, no en todas, el paciente con cáncer evoluciona física, espiritual y psicológicamente hacia la