

# 1

## Principios esenciales de la práctica clínica

Miguel A. Montoro Huguet

Departamento de Medicina y Psiquiatría. Universidad de Zaragoza  
Unidad de Gastroenterología y Hepatología. Hospital General San Jorge. Huesca

### 1.1. Introducción

No han pasado tantos años desde que un recién graduado, con el único apoyo de la formación académica recibida durante sus años de licenciatura en la facultad de Medicina, debía marchar al medio rural, donde probablemente consagraría el resto de su vida al ejercicio de su profesión. Entonces no existían los centros de salud, ni los médicos tenían un horario establecido. Los pacientes sentían un respeto casi reverencial por sus médicos –*de guardia las 24 horas*– y a menudo perdonaban sus errores, conscientes de que sus conocimientos y experiencia tenían un límite. Otros colegas permanecían en las facultades de Medicina al lado de maestros que compatibilizaban la labor asistencial con la enseñanza y la investigación clínica, y otros pocos viajaban para recibir formación en un país extranjero. Ciencia y humanidad eran elementos indisolubles en el quehacer cotidiano del médico y, aunque el trabajo era arduo, la práctica clínica no estaba sujeta al imperativo de complejos conceptos reguladores de tinte economicista (eficacia, eficiencia y efectividad), ético (autonomía, confidencialidad), o documental (se carecía de soporte informático). El paso de los años ha conducido a un cambio de escenario propiciado por dos factores decisivos:

1. La universalización de la asistencia y el envejecimiento de la población, unidos al desarrollo científico, tecnológico y farmacéutico, han hecho que la medicina del presente y del futuro sean caras y difíciles de sostener. En este contexto, las propias Administraciones se esfuerzan en instrumentar mecanismos de control orientados hacia la supervisión del gasto sanitario, así como a evitar en lo posible la “variabilidad en la práctica clínica” (algo, por otro lado, consustancial a la idiosincrasia de la profesión médica).

2. Las personas han mejorado de una manera global su formación humana y académica y, además, disponen de acreditadas y múltiples fuentes de información (internet). Ambos factores han propiciado un cambio en la percepción que los enfermos tienen de la prestación asistencial, a menudo se solicitan segundas opiniones, y las quejas, litigios y reclamaciones forman ya parte de una nueva cultura que rechaza la medicina paternalista y centra la prestación sanitaria en un derecho fundamental del individuo.

El objetivo del presente capítulo es proporcionar una visión global de este nuevo marco, así como informar al lector de aquellas fuentes donde puede ampliar información sobre cuestiones más concretas que escapan al ámbito editorial de esta obra.

### 1.2. El juramento hipocrático

Durante casi dos mil años la medicina occidental y árabe estuvo dominada por una tradición que, remontándose al médico griego Hipócrates (siglo V a. C.), adoptó su forma definitiva de la mano de Galeno, un griego que ejerció la medicina en la Roma imperial en el siglo II. Se atribuye a Hipócrates, o un discípulo suyo, la redacción del primer manuscrito donde quedó plasmado el compromiso ético que asumía la persona que decidía curar al prójimo (**Figura 1.1**). De acuerdo con este compromiso, el médico declaraba solemnemente actuar siempre en beneficio del ser humano, y no perjudicarlo. A partir del Renacimiento, época caracterizada por la veneración de la cultura grecolatina, el juramento empezó a usarse en diversas escuelas médicas y su contenido se ha ido adaptando, a lo largo del tiempo, a las circunstancias y conceptos éticos dominantes de cada

sociedad. El juramento hipocrático ha sido actualizado por la Declaración de Ginebra de 1945, y también existe una versión redactada en 1964 por el doctor Louis Lasagna que es muy utilizada en las facultades de Medicina de países anglosajones. Hoy en día, el juramento hipocrático sigue pronunciándose en público por los recién graduados, en presencia de sus compañeros, así como de doctores de la Universidad y de la propia comunidad. De este modo, el recién licenciado queda impregnado de la huella indeleble que sembraron sus ancestros, subrayando el carácter eminentemente humanitario de su profesión.

**Juramento hipocrático  
(adaptado tras la Convención de Ginebra, 1945)**

En el momento de ser admitido entre los miembros de la profesión médica, me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad. Conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento del que son acreedores. Desempeñaré mi arte con conciencia y dignidad. La salud y la vida del enfermo serán las primeras de mis preocupaciones. Respetaré el secreto de quien haya confiado en mí. Mantendré, en todas las medidas de mi medio, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica. Mis colegas serán mis hermanos. No permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido o clase. Tendré absoluto respeto por la vida humana. Aun bajo amenazas, no admitiré utilizar mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad. Hago estas promesas solemnemente, libremente, por mi honor.

**Juramento hipocrático  
(adaptación efectuada por el Doctor Louis Lasagna,  
decano de la Facultad de Medicina  
de la Universidad de Tufts en 1964)**

Prometo cumplir, en la medida de mis capacidades y de mi juicio, este pacto. Respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino, y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás. Aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobretratamiento y del nihilismo terapéutico. Recordaré que la Medicina no sólo es ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico. No me avergonzaré de decir «no lo sé», ni dudaré en consultar a mis colegas de profesión cuando sean necesarias las habilidades de otro para la recuperación del paciente. Respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele. Debo tener especial cuidado en los asuntos sobre la vida y la muerte. Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad. Por encima de todo, no debo jugar a ser Dios. Recordaré que no trato una gráfica de fiebre o un crecimiento canceroso, sino a un ser humano enfermo cuya enfermedad puede afectar a su familia y a su estabilidad económica. Si voy a cuidar de manera adecuada a los enfermos, mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados. Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación. Recordaré que soy un miembro de la sociedad con obligaciones especiales hacia mis congéneres, los sanos de cuerpo y mente así como los enfermos. Si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después. Actúe yo siempre para conservar las mejores tradiciones de mi profesión, y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda.

Figura 1.1. Juramento hipocrático

### 1.3. La plegaria de Maimónides

Moshé ben Maimón, conocido entre los cristianos como Rabí Moisés el Egipcio, y desde el Renacimiento como Maimónides, fue un médico, rabino y teólogo judío nacido en la ciudad de Córdoba en 1135 y fallecido en Fustat (actual El Cairo, Egipto) en 1204. Maimónides ejerció una gran influencia en el pensamiento filosófico medieval. A él se atribuye un texto donde ruega a Dios le sean concedidos una serie de atributos que hoy consideraríamos el paradigma de la virtud llevada al extremo en el ejercicio de la práctica médica. Merece la pena retroceder en el tiempo y leer con atención esta *plegaria de Maimónides* (Figura 1.2):

**Plegaria de Maimónides**

Oh Dios, llena mi espíritu de amor por el Arte y todas las criaturas. No consentas que la sed de riqueza o el deseo de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión. Sostén las fuerzas de mi corazón para que siempre esté dispuesto a servir tanto al pobre como al rico, al amigo como al enemigo, al bueno como al malvado. Haz que mi mente permanezca clara junto al lecho del enfermo y no sea distraída por ningún pensamiento errante. Haz que tenga siempre presentes la ciencia y la experiencia. Grandes y sublimes son las investigaciones científicas cuando su objeto y su fin es preservar la salud y el bienestar de todas las criaturas. Haz que yo sea moderado en todo, pero insaciable en mi amor por la Ciencia.

Figura 1.2. Plegaria de Maimónides, siglo XII (1135-1204)

### 1.4. Hipócrates y Maimónides. Principios y valores perdurables

Henry L. Bockus (1894-1982), padre de la gastroenterología moderna, solía decir que un buen médico era aquél que reunía tres cualidades: sentir respeto por sus pacientes, compartir sus conocimientos con sus colegas y contribuir con un “grano de arena” al desarrollo científico. Pocas palabras encierran un significado de tanto calado. Sin embargo, aun reconociendo el mérito de su carácter sintético (lo bueno, si breve, dos veces bueno), diríase que los fundamentos y valores que recogen estas tres afirmaciones guardan una armoniosa concordancia con los principios formulados muchos siglos atrás por el pensamiento hipocrático y por el del propio Maimónides. Si retrocedemos en el tiempo y reflexionamos acerca de las declaraciones formuladas por nuestros antepasados, lograremos desglosar con relativa facilidad siete categorías de principios y valores: algunos de carácter eminentemente asistencial, otros de carácter docente y otros relacionados con el desarrollo científico. Hoy, más que nunca, estos principios se mantienen vigentes, aunque probablemente “disfrazados” por

modernas nomenclaturas, propias de la retórica del tiempo que vivimos (véase más adelante). De nuevo, merece la pena detenerse en estos principios.

## Intención del médico (ideario)

La versión adaptada a la Convención de Ginebra del juramento hipocrático declara que “me comprometo solemnemente a consagrar mi vida al servicio de la humanidad”, en una clara alusión a una jerarquía de valores en la que lo científico (valor importante) queda supeditado a lo humano. Este concepto viene reforzado por otra declaración que aparece en la versión adaptada del Dr. Lasagna (cabe recordar que esta fórmula es la más utilizada en el mundo anglosajón) cuando dice “recordaré que la Medicina no sólo es ciencia, sino también arte, y que la calidez humana, la compasión y la comprensión pueden ser más valiosas que el bisturí del cirujano o el medicamento del químico”. Para quienes todavía dudasen de la noble intención que debiera presidir en todo momento la actuación del médico, la plegaria de Maimónides declara: “no consientas que la sed de riqueza o el deseo de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión”, en clara contraposición con quienes vieron en la Medicina un medio para el lucro material, la presunción o la vanidad. Finalmente, y en relación con la vocación por la investigación y el desarrollo científico, Maimónides advierte que “grandes y sublimes son las investigaciones científicas cuando su objeto y su fin es preservar la salud y bienestar de todas las criaturas”, alejando de este modo al médico novel de cualquier otra pretensión ajena a este principio de solidaridad universal.

## Respeto

La palabra “*respeto*” o “*respetaré*” se repite en varias ocasiones en las tres versiones mencionadas del juramento hipocrático, aludiendo tanto al reconocimiento a los maestros de quienes se recibieron las diferentes disciplinas (“conservaré a mis maestros el respeto y el reconocimiento del que son acreedores” / “tributaré a mi maestro de Medicina el mismo respeto que a los autores de mis días”), como al compromiso por preservar, fomentar y compartir el desarrollo científico (“respetaré los logros científicos que con tanto esfuerzo han conseguido los médicos sobre cuyos pasos camino, y compartiré gustoso ese conocimiento con aquellos que vengan detrás”). A su vez, todas las versiones del juramento hipocrático hacen mención del valor de lo que hoy llamamos confidencialidad. Así queda reflejado tanto en la versión griega primitiva (“guardaré secreto sobre lo que oiga y vea en la sociedad por razón de mi ejercicio y que no sea indispensable divulgar”), como en la versión adaptada a la Convención de Ginebra (“respetaré el secreto de quien haya confiado en mí”) y en la renovada redacción del Dr. Lasagna (“respetaré la privacidad de mis pacientes, pues no me confían sus problemas para que yo los desvele”). El “respeto a la vida humana” es, en cualquier caso, una de las constantes fundamentales en las diferentes declaraciones del pensamiento hipocrático, primitivo y renovado.

## Beneficencia y no maleficencia

El pensamiento hipocrático y sus diferentes adaptaciones conceden una gran importancia al cumplimiento de los principios éticos que hoy denominamos de beneficencia y no maleficencia. Así, en la primera versión griega se aduce que “estableceré el régimen de los enfermos de la manera que les sea más provechosa según mis facultades y a mi entender, evitando todo mal y toda injusticia” o esta otra: “en cualquier casa donde entre, no llevaré otro objetivo que el bien de los enfermos y me libraré de cometer voluntariamente faltas injuriosas”. La versión adaptada después de la Segunda Guerra Mundial (Convención de Ginebra de 1945) es muy explícita, especialmente en el principio de no maleficencia, cuando declara: “no permitiré que entre mi deber y mi enfermo vengan a interponerse consideraciones de religión, nacionalidad, raza, partido o clase”. Y añade que “tendré absoluto respeto por la vida humana. Aun bajo amenazas, no admitiré utilizar mis conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad”. Finalmente, la versión adaptada del Dr. Lasagna reitera estos mismos principios cuando afirma que “aplicaré todas las medidas necesarias para el beneficio del enfermo, buscando el equilibrio entre las trampas del sobretratamiento y del nihilismo terapéutico”.

## Compromiso con la humanidad y conciencia social

Un hilo conductor que subyace en todas estas declaraciones es algo que el médico (y por ende, las administraciones sanitarias) debieran mantener a ultranza, como es la conciencia social que debe presidir la vida y el ideario del facultativo. Declaraciones como la que sigue no dejan lugar a tibiezas o ambigüedades: “recordaré que no trato una gráfica de fiebre o un crecimiento canceroso, sino a un ser humano enfermo cuya enfermedad puede afectar a su familia y a su estabilidad económica. Si voy a cuidar de manera adecuada a los enfermos, mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados. Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación” (aparece en la versión adaptada de la Universidad de Tufts) o esta otra declaración de Maimónides: “sostén las fuerzas de mi corazón para que siempre esté dispuesto a servir tanto al pobre como al rico, al amigo como al enemigo, al bueno como al malvado. Haz que mi mente permanezca clara junto al lecho del enfermo y no sea distraída por ningún pensamiento errante”; pensamientos todos ellos muy cercanos a lo que hoy denominaríamos *modelo biopsicosocial de la enfermedad*, y que, de nuevo, no hacen sino reflejar el concepto de compromiso con la humanidad.

## Humildad

Todas las declaraciones y postulados de las diferentes versiones del juramento hipocrático tienen como denominador común su carácter sublime. Sin embargo, sólo la versión redactada en 1964 por el Dr. Louis Lasagna, decano de la Facultad de Medicina de la

Universidad de Tufts (Medford -Somerville, Massachusetts), fundada en 1852, hace alusión a la humildad como un valor esencial que debe caracterizar al buen clínico: “no me avergonzaré de decir «no lo sé», ni dudaré en consultar a mis colegas de profesión cuando sean necesarias las habilidades de otro para la recuperación del paciente”. “Si tengo la oportunidad de salvar una vida, me sentiré agradecido. Pero es también posible que esté en mi mano asistir a una vida que termina; debo enfrentarme a esta enorme responsabilidad con gran humildad y conciencia de mi propia fragilidad”. Son dos declaraciones que en el mundo anglosajón se pronuncian con gran solemnidad durante la lectura de esta versión *alternativa* del juramento y que merece la pena destacar aquí.

### Generosidad

Curiosamente, y aunque la versión adaptada tras la Convención de Ginebra menciona que “mis colegas serán mis hermanos”, únicamente la versión clásica y original del juramento hipocrático hace una alusión de forma clara a la generosidad del médico, al considerar como un deber la transmisión *gratuita* de sus conocimientos. Así, queda bien reflejado cuando afirma (en este caso en referencia a los hijos de sus maestros) que “trataré a sus hijos como a mis hermanos y, si quieren aprender la ciencia, se la enseñaré desinteresadamente y sin ningún género de recompensa”, declaración que algunos médicos han hecho que traspase las fronteras del tiempo y del espacio (recordar la segunda rogativa de Henry L. Bockus, cuando alude a las condiciones requeridas por el recién graduado si aspira a ser un buen médico, entre ellas, la de no reservar para sí el conocimiento).

### Dedicación y recompensa

Es cierto que la vida del médico, ya desde su época de estudiante, es tesón, amor propio, dedicación y renuncia. La pretensión de que la sociedad pueda devolver entrega y vocación por galardones, un salario de élite o unas condiciones laborales acordes con la responsabilidad y dedicación inherentes al cargo es vana, ilusoria y, a menudo, alejada de la realidad. De hecho, la ingratitud es con frecuencia moneda de cambio a toda una vida de sacrificio. El pensamiento hipocrático viene a prevenir al recién postgraduado de estas falsas expectativas, anunciando la cosecha de otro tipo de bienes con declaraciones del tipo: “si observo con fidelidad este juramento, séame concedido gozar felizmente mi vida y mi profesión, honrado siempre entre los hombres...” u otras aún más explícitas: “si no violo este juramento, pueda yo disfrutar de la vida y del arte, ser respetado mientras viva y recordado con afecto después”, y como glosario: “...y ojalá pueda experimentar la dicha de curar a aquellos que busquen mi ayuda”. Queda bien patente que el reconocimiento de la labor realizada vendrá siempre de aquel estudiante (posiblemente uno entre cien) que se acercó un día para agradecer a su maestro las enseñanzas impartidas con devoción y generosidad, de aquel enfermo anónimo que dejó una carta de gratitud en el Servicio

de Atención al Paciente de un hospital, o de la paz interior que dimana de la conciencia del deber cumplido. Especial relevancia tiene la conciencia de haber contribuido al desarrollo científico con cualquier aportación en el campo de la investigación, por humilde que ésta pueda parecer, ya que lo importante no es tanto la magnitud del logro alcanzado, sino la intención con la que se trabajó, la pureza y el rigor de los medios empleados o la honestidad con la que fueron presentados sus resultados. Todas estas “recompensas” constituyen, sin ningún género de dudas, la mejor prevención del síndrome de *burnout* (síndrome de estar quemado), entendido como “un deterioro y un cansancio excesivos y progresivos unidos a una reducción drástica de la energía (...) acompañado a menudo de una pérdida de motivación (...) que, a lo largo del tiempo, afecta a las actitudes, los modales y el comportamiento general” (Freudenberger, 1998).

## 1.5. El médico de hospital en busca de la calidad

¡Es tan sencillo! Por más que lo queramos complicar y envolver en complicados escenarios de complejidad (burocratización, formularios, indicadores asistenciales, estándares de calidad, etc.), la calidad de cualquier acto médico (una historia clínica y un examen físico concienzudos, un informe clínico, la petición de una prueba complementaria, un informe de una sesión clínica o de una comunicación científica...) siempre precisará de tres condiciones básicas: la **formación**, el **interés** y el **tiempo** disponible para el proceso. Así de sencillo y, a la vez, así de difícil. Algunos médicos (no pocos), conscientes de que el tiempo es un bien escaso, prolongan con frecuencia su horario laboral para garantizar el mínimo de calidad que dicta su conciencia, armonizando de este modo eficacia, efectividad y eficiencia. Veamos algunos ejemplos.

### Formación

Una mujer de 35 años de edad, fumadora de 20 cigarrillos al día y tomadora habitual de AINE por cefaleas acudió a un gastroenterólogo por referir un cambio en la frecuencia y consistencia de las heces desde hace tres meses, con emisión de hasta seis deposiciones acuosas, siempre diurnas, sin productos patológicos y no precedidas de dolor o malestar abdominal. La anamnesis no revelaba síntomas extraintestinales, pérdida de peso, viajes o exposición a antibióticos. Durante la entrevista, la paciente se mostró ansiosa y con ánimo deprimido. Su médico de cabecera había indicado una analítica elemental y una determinación de anticuerpos antitransglutaminasa con resultados negativos. La enferma fue diagnosticada finalmente de un síndrome de intestino irritable (SII) y tratada con antiespasmódicos y antidepresivos sin obtener ningún beneficio. Algunos meses después decidió consultar una segunda opi-

nión, optando en este caso por la realización de una colonoscopia con biopsias escalonadas de diferentes segmentos del colon que permitieron establecer el diagnóstico de una colitis linfocítica. Un tratamiento con mesalazina acabó con la diarrea (y el SIII). Errores cometemos todos (con más frecuencia de lo que pensamos), pero el segundo facultativo tuvo muy en consideración que la paciente no reunía todas las condiciones requeridas para establecer un diagnóstico de SII, dado que faltaba una característica fundamental en los criterios de Roma (la presencia de dolor que precede a la deposición) y además tuvo presente que el hábito de fumar y la toma de AINE constituyen reconocidos factores de riesgo para el desarrollo de colitis microscópica, una entidad que puede simular las características del SII.

## Interés

Un varón de 60 años acudió una mañana a la consulta por referir un cuadro de dolor en epigastrio desde varias semanas antes que aparecía en los 30 minutos postingesta, obteniendo alivio tras el eructo. Se trataba de un paciente con antecedentes de tabaquismo, dislipemia, diabetes e hipertensión, motivo por el que tomaba aspirina como antiagregante plaquetario y gastroprotección con omeprazol. Tras realizar pruebas de imagen (US/TC abdominal) y descartar enfermedad biliopancreática, el médico que asistía al paciente pensó en una posible angina abdominal e indicó un angio-TC multidetector con el fin de evaluar la permeabilidad de los vasos del territorio esplácnico. El resultado de la exploración únicamente demostró una estenosis del 30% de la arteria mesentérica superior, sin apreciar estenosis del tronco celíaco ni de la arteria mesentérica inferior. A la luz de estos resultados se consideró que el paciente no reunía criterios suficientes para establecer un diagnóstico de isquemia mesentérica crónica y el médico pensó en indicar una gastroscopia. Sin embargo, al repasar bien la historia, al gastroenterólogo le llamó poderosamente la atención la relación evidente del dolor epigástrico con la ingesta (el paciente tomaba gastroprotección) y la presencia de numerosos factores de riesgo coronario. Sólo después de recapitular, reparó en volver a interrogarle acerca de otros posibles factores desencadenantes del dolor, descubriendo que el mismo dolor aparecía también al caminar deprisa, con el frío y cuando subía escaleras, datos que el enfermo (y el médico) habían obviado durante la primera entrevista. Además, el dolor epigástrico postprandial se acompañaba de disnea. El "interés" del facultativo por completar la anamnesis permitió sospechar el padecimiento de una posible insuficiencia coronaria y evitar con ello el riesgo implícito de precipitar un cuadro anginoso durante la endoscopia, un fenómeno bien contrastado en la bibliografía. El paciente fue finalmente diagnosticado de una isquemia miocárdica de cara diafragmática, una reconocida causa de dolor abdominal alto en pacientes con cardiopatía isquémica. El **interés** del médico por documentar con precisión la semiología del dolor, buscando su relación con otras circunstancias ajenas a la ingesta y enmarcar el cuadro en el escenario de un paciente con arteriosclerosis permitió llegar a un diagnóstico definitivo, a la vez que evitó una posible iatrogenia no deseada.

## Tiempo

Un médico puede tener una gran formación y mucho interés, pero poco podrá hacer si no dispone de un tiempo mínimo para desarrollar su trabajo con el debido sosiego. Un error frecuente y grave de los gestores sanitarios es esperar que el facultativo resuelva de forma eficiente y eficaz los problemas de salud de sus pacientes en un tiempo inapropiado. Veamos el siguiente caso tomado de nuestros registros. Se trata de una mujer que tenía 26 años (hoy tiene 49) cuando acudió al Servicio de Urgencias por presentar un cuadro de colitis hemorrágica con fiebre de 39 °C. Una sigmoidoscopia mostraba la presencia de una afectación inflamatoria de la mucosa rectosigmoidea, con presencia de úlceras pleomórficas, cubiertas de fibrina y distribuidas de forma asimétrica, así como áreas de infiltración hemorrágica de la mucosa. El examen histológico de las biopsias obtenidas orientaba inicialmente al padecimiento de una enfermedad inflamatoria intestinal. El médico que había realizado la historia había sido sistemático en la obtención de los datos esenciales de una paciente con diarrea y había dedicado el tiempo necesario para recabar toda la información necesaria; entre ella, no había olvidado consignar que la paciente había permanecido de viaje nupcial en Tailandia tres meses antes del episodio de colitis. El gastroenterólogo que fue consultado se resistía a administrar corticoides sistémicos hasta no asegurarse de la ausencia de una parasitosis. Los cultivos eran negativos. En presencia del patólogo se repitió el examen endoscópico y se tomaron biopsias del borde de varias de las ulceraciones de aspecto excavado de la mucosa rectosigmoidea. En esta ocasión, el examen anatomopatológico identificó la presencia de trofozoítos de *Entamoeba histolytica* en varios de los especímenes analizados. La enferma se recuperó completamente tras iniciar un tratamiento con metronidazol y diodohidroxiquinoleína. El tiempo que dedicó el médico que asistió a esta paciente en un Servicio de Urgencias y la prudencia del gastroenterólogo al evitar la administración de corticoides sistémicos, en un caso que resultó ser finalmente una parasitosis, salvó la vida de la enferma. La enseñanza que se desprende de estos tres casos no deja lugar a dudas. Todas aquellas medidas encaminadas a incentivar la formación y el interés de los clínicos, así como a crear y facilitar las condiciones de trabajo necesarias para que los facultativos trabajen con el debido sosiego, acaban siendo muy rentables, tanto para los pacientes como para el sistema financiador.

## 1.6. Ética y legislación

Los fundamentos del pensamiento hipocrático han permanecido indelebles a lo largo de los siglos, y los principios morales que sobre ellos subyacen siguen inspirando a quienes promulgan códigos de conducta en el campo de las ciencias médicas. De hecho, quienes basan su práctica clínica en estos principios, difícilmente entrarán en colisión con los postulados de la mo-

derna **ética médica**. Este término (frecuentemente utilizado en el Reino Unido), o el de **bioética** (más comúnmente empleado en el ámbito internacional), hace alusión al estudio de la dimensión moral de la Medicina y, por supuesto, no se circunscribe a cuestiones que preocupan sobremanera a los medios de comunicación, como las células madre, las clonaciones o la eutanasia, sino que afectan directamente a cuestiones muy comunes en la práctica médica cotidiana, como la dignidad en el empleo de las palabras, la utilización de los recursos, la elección de un antibiótico o el modo en que se redacta un informe clínico (algunos médicos, por ejemplo, evitan ser peyorativos al reflejar la etiología alcohólica de una determinada enfermedad en un informe clínico cuando ello pudiera herir la sensibilidad del individuo o vulnerar su derecho a la confidencialidad).

La bioética es una disciplina relativamente nueva, y el origen del término corresponde al pastor protestante, teólogo, filósofo y educador alemán Fritz Jahr, quien, en 1927, usó el término “*bio-ethik*” en un artículo sobre la relación ética del ser humano con las plantas y los animales. En 1978, el *Kennedy Institute* de la Universidad jesuita de Georgetown, en Estados Unidos, publicó la primera *Enciclopedia de Bioética* en cuatro volúmenes, dirigida por Warren Reich, un teólogo católico, donde se define la bioética como el “*estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud, examinado a la luz de los valores y principios morales*”.

En una resolución adoptada por la 51.ª Asamblea Médica Mundial celebrada en Tel Aviv, Israel (octubre de 1999), la Asociación Mundial de Médicos (AMM) recomienda firmemente a las escuelas de Medicina de todos los países que la enseñanza de la ética médica y los derechos humanos sean incluidos como curso obligatorio en los currículos.

#### LECTURA RECOMENDADA

*Manual de Ética Médica, de la Asociación Médica Mundial (AMM), 2ª ed., 2009.*

## Principios fundamentales de la bioética

En 1979, los bioeticistas T. L. Beauchamp y J. F. Childress definieron los cuatro principios de la bioética sobre los que el clínico puede apoyarse en la toma de decisiones, especialmente ante casos clínicos que pueden plantear un conflicto de índole moral. Estos principios son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

### Autonomía

Hace referencia al autogobierno. El enfermo toma sus decisiones y decide lo que desea hacer. El principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan no ser

autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.).

### Beneficencia

Hacer el bien y actuar siempre en el mejor interés del paciente. Parte del supuesto de que el médico posee una formación y unos conocimientos de los que aquél carece, por lo que este principio promueve el mejor interés del enfermo pero sin tener en cuenta su opinión.

### No maleficencia

Evitar el daño, es decir, abstenerse de realizar intencionadamente acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros. En Medicina este principio debe interpretarse de la manera adecuada, pues a veces las actuaciones médicas pueden causar un daño cuando la intención era hacer un bien. Queda claro, por tanto, que este principio lleva implícita la premisa de que antes de llevar a cabo una acción, el médico ha valorado la relación riesgo/beneficio de la misma. En un concepto más amplio, el principio de no maleficencia obliga, de algún modo, a permanecer actualizado para ofrecer en cada momento aquello que es mejor y menos perjudicial para el paciente, así como evitar la *medicina defensiva* prodigando pruebas, procedimientos y tratamientos que no sean totalmente necesarios.

### Justicia

Tratar a las personas de forma equitativa y justa. Implica tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.). Las políticas públicas se diseñan de acuerdo con ciertos principios materiales de justicia. En países como en España, donde la asistencia sanitaria es teóricamente universal y gratuita, constituye una responsabilidad del médico hacer un uso racional de todos los recursos, contribuyendo con ello al sostenimiento del sistema sustentado en un principio de solidaridad, en contraposición a las políticas de otros países que fomentan la asignación de recursos en orden a otros valores del individuo, como el esfuerzo, el mérito, la capacidad, o simplemente su condición social y económica.

#### LECTURA RECOMENDADA

*UNESCO. Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos. 19 de octubre de 2005.*

## Códigos de conducta y guías profesionales

El desarrollo de las diferentes teorías y principios mencionados adquiere finalmente su traducción en códigos deontológicos, a menudo impulsados por los propios consejos generales de colegios de médicos. En el Reino Unido, por ejemplo, ha comenzado

a concederse una gran importancia a la implementación de estos valores ya en la época de estudiantes. No en vano, los alumnos de las escuelas de Medicina gozan ya del privilegio de estar presentes en delicados escenarios clínicos, donde debe prodigarse, por ejemplo, el valor de la confidencialidad. Estos códigos acaban teniendo un valor normativo, de modo que cuando un médico se comporta de forma contraria a estos principios, se hace acreedor de medidas disciplinarias. Pueden consultarse el *Código de deontología y ética médica* de la Organización Médica Colegial de España (OMC) y la publicada por el propio *General Medical Council* (2013), sobre diferentes aspectos reguladores de la calidad de la atención médica en muy diferentes facetas (**Tabla 1.1**).

- Relaciones del médico con sus pacientes
- Calidad de la atención médica
- Secreto profesional del médico
- Objeción de conciencia
- Atención médica al final de la vida
- Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios
- Trabajos en las instituciones sanitarias
- Trasplante de órganos
- Reproducción humana
- Pruebas genéticas
- Investigación médica sobre el ser humano
- Tortura y vejación de la persona
- Médicos peritos
- Docencia médica
- Publicaciones profesionales
- Publicidad médica
- Economía y honorarios

**Tabla 1.1.** Contenidos del *Código de deontología y ética médica* de la OMC, de interés para la buena práctica clínica

#### LECTURA RECOMENDADA

*Código de deontología médica y ética médica de la OMC.*  
[https://www.cgcom.es/codigo\\_deontologico/index.html#/140/](https://www.cgcom.es/codigo_deontologico/index.html#/140/)

#### LECTURA RECOMENDADA

*Good medical practice, del General Medical Council, 2013.*  
[http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP\\_2013.pdf\\_51447599.pdf](http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/GMP_2013.pdf_51447599.pdf)

## La ley

En lo que concierne a la Medicina, la ley establece los límites de lo que se considera una práctica médica aceptable, y en este punto resulta preceptiva la aplicación de normativas tanto de ámbito nacional como internacional. Un ejemplo de esta última es la Convención Europea de Derechos Humanos, adoptada por el Consejo de Europa el 4 de noviembre de 1950 y que se inspira expresamente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada

por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, o el convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina realizado en Oviedo el 4 de abril de 1997 y conocido generalmente como Convención de Asturias de Bioética, el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben, que es equiparable en importancia y rango al anterior por sus importantes aportaciones en la regulación de las actuaciones en los complejos campos de la Medicina y la Biología.

#### LECTURA RECOMENDADA

*Convención sobre los derechos humanos y la biomedicina. Convención de Asturias de Bioética (Consejo de Europa), 1997.*

<http://www.filosofia.org/cod/c1997as2.htm>

La mayoría de los litigios médicos se resuelven en el ámbito de la legislación civil y sólo en raras ocasiones quedan bajo la jurisdicción de la ley criminal, cuando un paciente fallece en circunstancias que podrían constituir negligencia (véase más adelante).

## Consentimiento y capacidad

En Medicina, el consentimiento informado (CI) es el procedimiento médico formal que permite al individuo participar en la toma de decisiones aceptando o rechazando determinados procedimientos o exploraciones, especialmente cuando aquéllas implican riesgo. El CI tiene sus raíces legales en 1947 con el Código de Núremberg, donde se juzgó a un grupo de médicos acusados de realizar experimentos cometidos contra prisioneros de guerra en campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial, los cuales se realizaban sin información o consentimiento sobre los riesgos a los que se enfrentaban las víctimas.

En casos como el examen físico por parte de un médico o un análisis rutinario de sangre, el consentimiento es tácito y sobreentendido. Para otras pruebas invasivas o para tratamientos con riesgo significativo, resulta obligado entregar al paciente un documento escrito, de preferencia en su idioma nativo, así como una explicación verbal. Por lo general, en dicho formulario se proporciona:

- Una explicación de la condición médica que justifica la prueba, procedimiento o tratamiento.
- Una explicación de la finalidad y los beneficios de la prueba o tratamiento propuestos.
- Una descripción somera de los riesgos o potenciales complicaciones, así como de las opciones alternativas si las hubiere.
- Un análisis de las consecuencias de no aceptar la exploración o tratamiento.

Una vez cumplimentado, el documento debe ser firmado, tanto por el profesional de la salud (entendiendo como tal aquél que conoce los fundamentos, indicaciones y riesgos del procedimiento), como por el paciente o su representante legal.

#### Requerimientos del consentimiento informado

El CI debe reunir, al menos, cuatro condiciones básicas:

- **Capacidad.** La capacidad de tomar decisiones se conoce lealmente como «competencia». Un aspecto a comentar es que los familiares de un paciente competente no están en el derecho de solicitar al médico la ocultación de ciertos detalles o información relativos a su enfermedad. Técnicamente, una persona sólo puede ser declarada incompetente por un tribunal de justicia.
- **Voluntariedad.** Los sujetos deben expresar libremente su voluntad de someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que exista persuasión, manipulación ni coerción (presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta). El carácter voluntario del consentimiento es vulnerado cuando no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir, o cuando a éste se le niega el derecho de revocar su consentimiento una vez concedido. Excepciones al principio de voluntariedad del CI son las emergencias médicas, donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, o los casos de manifiesta incapacidad.
- **Información.** La información que se proporcione al paciente debe expresarse en términos inteligibles y fácilmente comprensibles. En este punto debe enfatizarse que, aunque el documento escrito es, hoy en día, un requerimiento legal, nunca podrá ser sustituido por una explicación verbal realizada con empatía y cordialidad.
- **Comprensión.** El médico debe tener en consideración la capacidad del individuo para comprender, al menos, la información más relevante respecto a la naturaleza, el beneficio y el riesgo de los procedimientos propuestos. En caso contrario, un familiar puede actuar como representante legal.

#### Consentimiento informado y medicina defensiva

Estudios a nivel internacional demuestran que existe una fuerte tendencia a considerar el CI como una herramienta que protege a los proveedores de salud de litigios y reclamaciones, en lugar de un proceso que facilite la toma conjunta y responsable de decisiones por parte del paciente y el profesional. Afortunadamente, las organizaciones científicas y los colegios profesionales han asumido el mando en esta materia promoviendo el diseño de formularios unificados, evitando en lo posible que el CI se convierta en un documento disuasorio o un “documento del terror”.

#### LECTURA RECOMENDADA

*Consent: patients and doctors making decisions together, del General Medical Council, 2008. [http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/consent\\_guidance\\_index.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/consent_guidance_index.asp).*

#### Consentimiento informado en el entorno educativo

Gran parte de la educación médica se desarrolla en un entorno clínico. De hecho, los futuros médicos han de desarrollar habilidades y conocimientos sobre pacientes reales. Sin embargo, a los pacientes se les debería dar la opción de decidir si desean participar en estas actividades educativas.

#### Voluntades anticipadas

También conocido como “testamento vital”, es el documento en el que una persona manifiesta de forma anticipada sus deseos y preferencias acerca de la atención sanitaria que desearía recibir llegado el momento en que, por su estado psíquico y/o físico, no sea capaz de expresarlo conscientemente. Su fundamento ético es el respeto al principio de autonomía. Un inconveniente u objeción ética se deriva de la dificultad para anticipar el futuro y conocer cómo se va a sentir un paciente concreto en una situación crítica. La voluntad anticipada permite rechazar un tratamiento y mostrar preferencias, pero ningún enfermo puede incluir en sus resoluciones la exigencia de procedimientos o tratamientos que no estén clínicamente indicados. Cuando las decisiones anticipadas hacen referencia a medidas de soporte vital, deben formularse por escrito y ante testigo, y pueden ser revocadas en tanto la persona conserve su capacidad. En algunos países se permite que una tercera persona actúe en representación del paciente, mediante el correspondiente poder notarial, en situaciones en que aquél haya perdido su capacidad. No obstante, los médicos no están obligados a seguir las indicaciones de la persona que ostenta la representación legal cuando ésta actúa manifiestamente en contra de los intereses del paciente.

Cuando un adulto no tiene la capacidad para otorgar su consentimiento y no hay una decisión anticipada válida o, en su defecto, un poder notarial, los médicos tienen la obligación de actuar en el mejor interés del enfermo. En este punto, las decisiones más respetadas judicialmente son aquellas que se han tomado por un equipo de profesionales o por el médico y los cuidadores que mantenían una estrecha relación con el paciente. En algunos países existen expertos en ética clínica que pueden asumir esta responsabilidad en ausencia de aquéllos.

#### Interrumpir las medidas de soporte vital

Una situación frecuente que requiere determinar el mejor interés del paciente es la decisión de mantener el soporte vital ante una situación terminal, cuando éste ya no es competente, no se dispone de testamento vital ni de un representante legal. En tales circunstancias se considera aceptable no usar medidas para prolongar la vida cuando:

- El equipo que atiende el caso dispone de pruebas suficientes de que ningún tratamiento adicional podrá salvar la vida.
- La muerte del paciente es inminente e irreversible.
- Existe ya un daño cerebral que incapacitará a la persona para gozar de todo tipo de autonomía o interacción social.

Cuando los médicos deciden no prolongar la vida en casos de muerte inminente, el fundamento jurídico es que se está actuando en el mejor interés del paciente, tratando de minimizar su sufrimiento.

### Muerte asistida

En la mayoría de los países no existe ninguna disposición legal para la muerte asistida, de tal manera que el suicidio asistido por el médico o la eutanasia activa son ilegales. Algunas jurisdicciones de países como Holanda, Suiza, Bélgica y algunos estados de Estados Unidos sí permiten la muerte asistida. Pese a ello, en todos estos países la retirada del tratamiento resulta aceptable en circunstancias bien definidas, cuando la intención del médico es reducir al mínimo el sufrimiento pero no causar la muerte (de lo contrario se podría inferir asesinato). Por la misma razón, es admisible la doctrina del doble efecto. Esto permite la administración de medicamentos cuyo objetivo primordial es el control de los síntomas distresantes (dolor y disnea), aun reconociendo la aparición de posibles efectos secundarios como la depresión del centro respiratorio. Tal prescripción se justifica sobre la base de que la intención es "benigna" y que los efectos secundarios, al tiempo que se prevén, no constituyen el objetivo principal del tratamiento.

#### LECTURA RECOMENDADA

*Treatment and care towards the end of life. Guidance for doctors. General Medical Council / Good practice in decision making. [http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/end\\_of\\_life\\_care.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/end_of_life_care.asp).*

### Salud mental y consentimiento

Hay algunas circunstancias en las que una enfermedad mental pone en peligro la capacidad para tomar decisiones acerca de la salud de la propia persona. Para tales circunstancias, muchos países cuentan con una legislación específica que permite tratar al paciente sin su autorización expresa teniendo en cuenta que representa un peligro para sí mismo o para otras personas. En este punto, las personas que tienen, o se sospecha que tienen, un trastorno mental pueden ser detenidas para ser sometidas a una evaluación y un tratamiento específicos. En todo caso, la ley establece numerosos controles y limitaciones que tienen muy en cuenta las implicaciones éticas de la detención y el tratamiento de una persona en contra de su voluntad. En nuestro país, los derechos civiles de los enfermos y enfermas mentales quedan garantizados por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil –Ley 1/2000, de 7 de enero de 2000, en vigor desde el 8 de enero de 2001–. Puede también consultarse para este propósito la Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos publicada por la OMS y de la que se dispone una versión en castellano.

#### LECTURA RECOMENDADA

*Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental, OMS, 2003. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/legislation\\_module\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/legislation_module_spanish.pdf).*

En ella se cita textualmente: "todas las personas con trastornos mentales tienen derecho a recibir atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental. Estas personas deberían asimismo estar protegidas frente a cualquier tipo de discriminación o tratamiento inhumano".

Finalmente, y para aquellos casos en los que la enfermedad psiquiátrica ha provocado una incapacidad manifiesta, el tratamiento para una dolencia física nuevamente debe administrarse sobre la base del mejor interés del paciente.

### Consentimiento informado en niños

Cuando un niño carece de la capacidad para tomar decisiones acerca de sus cuidados médicos, el consentimiento se obtiene generalmente de algún adulto con responsabilidad parental. En ausencia de éste, por ejemplo en situaciones de emergencia, donde se requiere una actuación urgente, el médico puede proceder sobre la base del mejor interés del paciente. Cuando existen discrepancias o desacuerdo entre el parecer de los padres y el criterio clínico de los médicos, la legislación europea permite la intervención del juez, especialmente cuando la discrepancia surge de creencias que comprometen o ponen en riesgo la vida del niño. Cuando los niños crecen, la cuestión de si están o no capacitados para tomar decisiones debe ser enjuiciada no tanto por la edad del niño, sino por su capacidad de comprensión. En tales casos, lo más apropiado es evaluar caso por caso y situación por situación. Así, un niño es posible que tenga capacidad para otorgar su consentimiento para recibir un determinado tratamiento, pero no para otro. Por encima de los 16 años, la mayoría de las legislaciones estiman que el niño ya puede ser tratado como un adulto, excepto para el caso de voluntades anticipadas, en las que puede ser pertinente el otorgamiento de un poder notarial.

#### LECTURA RECOMENDADA

*0-18 Years: Guidance for all doctors. General medical council. [www.gmc-uk.org/guidance/ethical\\_guidance/children\\_guidance\\_index.asp](http://www.gmc-uk.org/guidance/ethical_guidance/children_guidance_index.asp).*

*Consent, rights and choices in health care for children and young people, de la British Medical Association, 2001. [www.bma.org.uk/ethics](http://www.bma.org.uk/ethics).*

### Confidencialidad

La confidencialidad es un valor esencial y primordial en el ámbito de la práctica clínica. Si un médico vulnera la intimidad de

sus pacientes, corre el riesgo de causar un daño, transgrede el principio de autonomía, socava la confianza del paciente y conduce irremisiblemente al descrédito de la profesión médica. En algunos países, el médico que quebranta este principio puede incurrir en violación de la ley y enfrentarse a sanciones graves. En España, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece en su artículo 7 que “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley”. Algunas consideraciones que deben ser tenidas en cuenta son:

- Como regla general, cuando los pacientes dan su consentimiento para las investigaciones y/o tratamiento necesarios para su caso, otorgan este consentimiento de forma implícita para que la información sea compartida por el equipo clínico. Si el paciente expresase formalmente lo contrario, el médico debería respetar su decisión, a menos que ello comprometa el tratamiento.
- Desafortunadamente, la confidencialidad puede ser fácilmente vulnerada por error. Tal es el caso de conversaciones que se mantienen en ascensores, pasillos y cafeterías de centros sanitarios.
- También en las salas de hospitalización es fácil transgredir el principio de confidencialidad debido a la proximidad de las camas, lo que hace que conversaciones entre médicos y pacientes no resulten totalmente confidenciales. En este punto, médicos y estudiantes deben estar atentos a cualquier oportunidad en que pueda propiciarse una transgresión de la confidencialidad y tratar de minimizar este efecto.
- En ocasiones, la ley exige que los médicos deben revelar información privada acerca de los pacientes, incluso si aquéllos no están de acuerdo, especialmente cuando prevalece el interés público. Un ejemplo serían las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria. En todo caso, el médico que elige revelar información confidencial en beneficio del interés público debe estar preparado para justificar su decisión.

#### LECTURA RECOMENDADA

Confidentiality, del General Medical Council.  
[http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/Confidentiality\\_0910.pdf](http://www.gmc-uk.org/static/documents/content/Confidentiality_0910.pdf).

### Asignación de recursos

El término *recurso* se define como el “medio de cualquier clase que, en caso de necesidad, sirve para conseguir lo que se pretende” o el “conjunto de elementos disponibles para resolver una necesidad o llevar a cabo una empresa”. En el ámbito sanitario, este concepto incluye a las personas, los conocimientos, las habilidades, el equi-

pamiento, el tiempo y el espacio necesarios para el desarrollo de la prestación asistencial. Algunas reflexiones son necesarias:

1. El acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental reconocido internacionalmente y es recogido en la Declaración Universal de Derechos Humanos.
2. La necesidad, por tanto, es mucha, pero los recursos son limitados. Por consiguiente, en tiempos de escasez, el desperdicio y la ineficiencia de cualquier recurso adquiere la consideración de una verdadera preocupación ética. En este punto, se espera del profesional que, a la hora de prescribir un tratamiento, éste haya demostrado ofrecer resultados óptimos, con el menor gasto posible.
3. En algunos países, como el Reino Unido, los tribunales dejan claro que no obligarán al Sistema Nacional de Salud a proporcionar tratamientos que estén más allá de sus posibilidades.
4. De acuerdo con estas tres premisas, parece evidente que la ordenación de los recursos sanitarios deba sustentarse en criterios de igualdad de oportunidad, necesidad, justicia y equidad. En este punto, el favoritismo y el prejuicio no son éticamente aceptables. Esto se ve bien claro en un Servicio de Urgencias, donde existe un sistema de triaje (clasificación) que hace posible que los más necesitados sean vistos en primer lugar. De este modo, el orden de llegada y la gravedad son los determinantes principales del turno de atención.
5. Finalmente, a un paciente no se le debería negar un tratamiento potencialmente beneficioso para su salud sólo por el hecho de que sus hábitos de vida no resulten apropiados (tabaquismo, obesidad). En tal caso, la negación de auxilio se podría extender a quienes practican deportes de riesgo. Es obvio que éste es un tema delicado, ya que un médico no es un juez y ha prometido consagrar su vida al cuidado de enfermos, cualquiera que sea su raza, condición social y educación.

#### LECTURA RECOMENDADA

Newdick Ch. *Who should we treat?* Oxford University Press, 2005.  
<http://www.oup.co.uk/pdf/0-19-926417-1.pdf>.

### Errores médicos y negligencias

El término negligencia (del latín *negligentia*, descuido, falta de cuidado o de aplicación) se aplica en el ámbito sanitario a la demanda civil surgida como consecuencia de daños o pérdidas debidas a un supuesto incumplimiento de las obligaciones profesionales, de manera que el nivel de atención no fue lo que podría esperarse dentro de lo razonable. Para determinar si un médico ha cumplido con su deber, suele recurrirse a la opinión de expertos que establecen si la conducta seguida responde a los estándares razonables para un caso concreto. En este punto, tanto el código deontológico dictado por los consejos generales de colegios médicos, como las guías de práctica clínica y/o las recomendaciones de sociedades científicas, proporcionan

un *corpus* de evidencia suficiente para sustentar la idoneidad de la práctica clínica. Debe subrayarse que la causa más frecuente de que prospere una negligencia médica es la demostración de causalidad, que suele ser muy difícil de probar en las demandas por negligencia clínica. En todo caso, la falta de experiencia no suele ser un eximente de responsabilidad en esta materia. Un aspecto que preocupa a los expertos en ética médica es la creciente tendencia a practicar medicina defensiva, ante el temor de litigios o reclamaciones, que en realidad son la excepción y no la regla en la práctica clínica. Un buen consejo de las asociaciones en pro de la defensa de los colegiados es aceptar con humildad y honestidad los errores (*error no es negligencia*). De hecho, gran parte de las reclamaciones y litigios proceden de pacientes y familiares que se han sentido agraviados por razones diferentes de la atención clínica recibida, tratándose, en su gran mayoría, de problemas de comunicación, arrogancia y/o falta de sensibilidad.

## 1.7. Comunicación

La comunicación es la gran asignatura pendiente en las facultades de Medicina. Ello no debiera ser así, por tres razones fundamentales:

1. La medicina basada en la evidencia no es suficiente si ésta no viene acompañada de una medicina centrada en el paciente.
2. Hoy en día, los médicos trabajan en equipo y de forma interdisciplinar y, a medida que la medicina ha progresado, se ha hecho más eficaz, más compleja y más peligrosa. Desde esta perspectiva, una comunicación fluida entre los miembros del equipo resulta igualmente importante para el paciente.
3. Una buena comunicación con el paciente, honesta, empática y rigurosa en cuanto a sus contenidos, constituye además la principal herramienta para evitar quejas y litigios.

### Importancia del modelo biopsicosocial de la enfermedad

Brevemente, el modelo biopsicosocial ve al enfermo como el centro de un conjunto de variables que no solamente predisponen al desarrollo de la enfermedad, sino que resultan determinantes en su evolución. En el campo de la gastroenterología, los trastornos funcionales digestivos (TFD) constituyen, probablemente, el paradigma de este modelo. La enfermedad es el resultado de un conjunto de determinantes genéticos, bioquímicos y psicológicos sobre los que suele incidir un factor ambiental que actúa como precipitante de los primeros síntomas (una infección *gastrointestinal* o una historia de abusos o maltratos, serían claros determinantes en el SII). Sin embargo, la enfermedad afecta a un individuo (el paciente), alrededor del cual circundan un conjunto de variables, incluyendo las influencias étnicas y culturales, las creencias, las convicciones, un determinado tipo de personalidad, las experiencias previas sobre la enfermedad y un determinado grado de

apoyo social y familiar. A menudo, existe además un diagnóstico psiquiátrico concomitante (ansiedad, depresión, trastorno por somatización). La interacción entre la enfermedad como tal y el conjunto de factores psicosociales mencionados determinará, en gran medida, la evolución de un paciente concreto, incluyendo el nivel de respuesta a los tratamientos instaurados.

### Medicina basada en el enfermo

Tomando como base la perspectiva del modelo biopsicosocial, sólo una medicina “basada en el enfermo” acabará siendo satisfactoria para ambos: médico y paciente. Los médicos que practican esta filosofía tienen clara la necesidad de armonizar las características biomédicas de un caso concreto con las ideas y preocupaciones del enfermo, así como con sus expectativas y sentimientos. Este modelo es esencial para ganar la confianza del paciente, conseguir su implicación en la toma de decisiones y delimitar el rol que han de desempeñar ambos en el proceso asistencial. Los pacientes demandan cada día más información y quieren que sus opiniones sean tenidas en cuenta a la hora de decidir el tratamiento, lo que no significa que el médico haya de abdicar necesariamente de su “poder”. De hecho, en la mayoría de los casos, el enfermo acabará prefiriendo los conocimientos y el punto de vista del clínico (“¿qué me aconseja usted, doctor?”).

### Entrevista clínica centrada en el paciente

Así las cosas, un modelo de entrevista centrada en el paciente debería estar estructurado en tres partes:

1. Interrogar acerca de los síntomas y signos que pueden ayudar a descubrir y diagnosticar la enfermedad.
2. Solicitar al paciente que exprese sus ideas, inquietudes, expectativas y sentimientos.
3. Explicar en términos sencillos y asumibles lo que el médico piensa acerca de la naturaleza de sus síntomas, así como de las exploraciones necesarias para confirmar o descartar una hipótesis diagnóstica y/o del tratamiento aconsejado, procurando que el paciente participe, en algún modo, en la toma de decisiones (véase el apartado de habilidades del entrevistador).

### Inconvenientes de la entrevista centrada en el paciente

Un esquema similar a éste, que integra de pleno el modelo biopsicosocial de la enfermedad, conlleva tiempo; un tiempo que hay que dedicar a las frecuentes preguntas que el paciente formula acerca de su enfermedad y su pronóstico, los beneficios y riesgos de las exploraciones y/o tratamientos propuestos y las indagaciones del médico sobre sus determinantes psicosociales. Todo ello entra en clara colisión con el concepto de eficiencia, tal y como es entendido por las administraciones sanitarias, y el de la asignación de recursos (una primera visita no debería ser inferior a 20 minutos), olvidando, acaso, que lo más económico siempre

es el trabajo bien hecho desde el principio. Lo contrario conduce a una comunicación precaria, verdadero caldo de cultivo de la ineficacia, las relaciones tensas, las quejas y los litigios.

### Ventajas de una comunicación óptima

Los beneficios de una buena comunicación son obvios, comenzando por la posibilidad de alcanzar un diagnóstico acertado, lo que siempre resulta satisfactorio para médico y paciente. Una vez establecido el diagnóstico, la probabilidad de que el enfermo cumpla el régimen terapéutico establecido es más alta. Algunos indicadores, como el número de visitas sucesivas, la tasa de ingresos, la estancia media y la mortalidad, así como las reclamaciones (más del 70% de las reclamaciones son debidas a fallos en la comunicación y no a errores en la práctica clínica), también mejoran cuando el médico es capaz de implementar el modelo biopsicosocial de la enfermedad. De nuevo, y aunque pueda parecer paradójico, todo el tiempo invertido en mejorar la comunicación y en que el paciente se sienta escuchado y tratado de forma humanitaria redundan en una reducción de costes, entre otros factores por el hecho de que a menudo evita exploraciones que no eran realmente necesarias. Finalmente, el escenario en el que se desenvuelve habitualmente el médico conduce a una elevada tasa de estrés y agotamiento que acaba siendo costoso tanto para el profesional como para el propio sistema sanitario. Está demostrado que, a pesar de la escasez de personal y de recursos, lo que más feliz hace al médico es una relación cordial y satisfactoria tanto con sus pacientes como con sus colegas.

### La entrevista médica

La entrevista médica es una constante que se repetirá a lo largo de la vida de un profesional en miles de ocasiones; por tanto, todo esfuerzo en educar al estudiante en estos principios será enormemente productivo para el futuro médico. Distinguiremos dos apartados: el primero, relativo a la anamnesis propiamente dicha (circunscrita exclusivamente al ámbito clínico) y el segundo, relativo a las habilidades que debe tener el entrevistador para obtener el mayor éxito y la mejor relación médico-paciente.

#### Anamnesis

A la hora de interrogar a un paciente, el médico debe tener muy en consideración no solamente el síntoma o los síntomas que constituyen el motivo principal de consulta, sino el escenario clínico sobre el que se está desarrollando el problema (**Tabla 1.2**). Este último incluye la *biografía médica* del paciente (antecedentes personales y familiares, datos psicosociales). Un esquema sencillo, práctico y eficiente para dibujar el escenario clínico del enfermo es interrogar acerca de posibles alergias conocidas, hábitos tóxicos (tabaco, alcohol y estupefacientes), antecedentes quirúrgicos (especialmente laparotomías previas) y comorbilidades médicas, subrayando siempre los factores de riesgo vascular (diabetes, hipertensión arterial, dislipemia) u otros que podrían agravar el

pronóstico del paciente en un postoperatorio. Un aspecto de crucial importancia en este apartado es el consumo de fármacos. La práctica totalidad de los síntomas o signos digestivos, incluyendo algunas alteraciones bioquímicas (perfil hepático), pueden haber sido propiciados por el consumo de un nuevo fármaco. Especial interés tienen los psicofármacos, tanto por el hecho de que reflejan la presencia de un trastorno psiquiátrico que puede estar modulando al alza la percepción de los síntomas, como por el hecho de que algunos síntomas digestivos (diarrea, estreñimiento) pueden guardar una estrecha relación con su consumo. Conocer el escenario sobre el que incide un determinado síntoma puede ser crucial para llegar a un diagnóstico sin recurrir a pruebas que no sean verdaderamente esenciales. Imaginemos el caso de un anciano, con antecedentes de diabetes, hipotiroidismo y párkinson, que toma regularmente inhibidores de la bomba de protones (IBP) y que acude a consulta por frecuentes episodios de diarrea acuosa y de carácter explosivo sin productos patológicos. El escenario sobre el que aparece la diarrea (obtenido exclusivamente de la entrevista) es el de un paciente con, al menos, cuatro factores de riesgo de sobrecrecimiento bacteriano, tres que afectan a la motilidad intestinal (diabetes, hipotiroidismo y párkinson: fallo de aclaramiento intestinal) y uno que afecta a la secreción (hipoacidez). Un tratamiento empírico con rifaximina o metronidazol (este último con mayor toxicidad) podría resolver la diarrea de este paciente con gran probabilidad, sin recurrir a exploraciones invasivas, molestas o costosas.

Respecto al síntoma o los síntomas que constituyen el motivo principal de consulta, es primordial seguir un esquema preconcebido. Tras identificar el síntoma-guía, es esencial determinar la fecha aproximada de comienzo de los síntomas y su evolución a lo largo del tiempo, la semiología completa del síntoma (en el caso del dolor abdominal, su localización e irradiación, carácter, intensidad y duración, así como las circunstancias que lo alivian o lo intensifican) y una descripción somera tanto de otros síntomas concomitantes (síntomas positivos), como de aquellos otros que, sin estar presentes, conviene consignar (síntomas negativos), dado que su ausencia es igualmente importante para descartar algunas opciones diagnósticas. Siempre es importante consignar aquellos antecedentes familiares cuya presencia aumenta la probabilidad del padecimiento de un cuadro similar (caso del cáncer colorrectal, la EII o la enfermedad celíaca). Apliquemos ahora este esquema a un caso de diarrea crónica:

*Una mujer de 35 años de edad, con antecedentes de maltratos y abusos, consulta por referir desde hace 10 años una clínica de dolor abdominal que alivia tras la defecación asociada a un cambio en la frecuencia y consistencia de las deposiciones, predominantemente en forma de diarrea, que alterna con periodos de normalidad. Los episodios de diarrea consisten en la emisión de 3-4 deposiciones, preferentemente matutinas o postprandiales (nunca nocturnas), de consistencia semilíquida o acuosa y sin productos patológicos (sangre, pus). La enferma niega otros síntomas como fiebre, pérdida de peso o manifestaciones extraintestinales (aftas orales, artralgias, síntomas cutáneos u oculares), así como antecedentes inmunoalérgicos, cirugía gastrointestinal*

Títulos y subtítulos	Descripción del tipo de información clínica registrada
<b>Detalles del paciente</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>· Nombre y apellidos</li> <li>· Fecha de nacimiento</li> <li>· Sexo</li> <li>· N° de la seguridad social</li> <li>· Dirección postal y teléfono</li> </ul>	
<b>Detalles del ingreso</b>	
Tipo de ingreso	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Programado</li> <li>· Procedente de Urgencias</li> <li>· Traslado desde otro centro</li> </ul>
Procedencia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lugar de residencia habitual o temporal</li> <li>· Institución cerrada</li> <li>· Institución penitenciaria</li> <li>· Etcétera</li> </ul>
Ubicación en el hospital	Servicio o unidad donde ingresa
Momento del ingreso	Fecha y hora
<b>Detalles del alta</b>	
Fecha del alta	Fecha y hora
Tipo de alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>· De acuerdo y por consejo facultativo</li> <li>· Alta voluntaria</li> <li>· Ordenada por un pariente o representante legal (por ejemplo, un abogado)</li> </ul>
<b>Destino del paciente</b>	
Tipo de destino	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Vivienda privada</li> <li>· Centro de día</li> <li>· Otra institución</li> </ul>
Dirección del destino	No necesario si se trata del propio domicilio
Consultor clínico	Médico responsable en el momento del alta
Servicio o departamento	Servicio o departamento responsables en el momento del alta
<b>Informe clínico</b>	
Diagnóstico al alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Diagnóstico principal o primario</li> <li>· Diagnósticos secundarios incluyendo comorbilidades relevantes y complicaciones (necesarios para la codificación)</li> </ul>
Operaciones y procedimientos	Se incluyen las complicaciones y los efectos adversos
Motivo de ingreso	Síntoma principal que motivó el ingreso del paciente
Enfermedad actual	Breve descripción de los síntomas que configuraron el escenario clínico responsable de la derivación
Evolución y comentarios	Resumen evolutivo del paciente durante el ingreso consignando incidencias, comentarios y reflexiones del clínico
Capacidad mental	Autonomía del paciente para la toma de decisiones
Información sobre voluntades anticipadas	Documento escrito y firmado por una persona legalmente competente donde anuncia de forma anticipada su voluntad de aceptación o rechazo a determinados procedimientos o terapias, incluyendo las maniobras de reanimación
Alergias	Se incluyen alergias medicamentosas, alimentarias o efectos secundarios a fármacos

**Tabla 1.2.** Componentes del registro de la información relativa al alta hospitalaria (continúa)

o radioterapia previas, enfermedades metabólicas, viajes a regiones endémicas de parasitosis, exposición frecuente a antibióticos o AINE u homosexualidad. La enferma reconoce que su calidad de vida se ve muy deteriorada por este problema y que las sucesivas visitas y exploraciones realizadas hasta el momento no han conseguido aliviar su situación, por lo que se siente decepcionada.

La descripción del caso permite entrever que la historia cumple con la mayoría de las condiciones requeridas. El informe aporta un antecedente clave (historia de abusos y maltratos) por su demostrada asociación epidemiológica con el SII. La semiología de la diarrea ha sido correctamente explicada y, junto con la descripción de los síntomas *negativos* (ningún síntoma de alarma), permite orientar el caso como un verdadero SII. A juzgar por la opinión de la paciente, es más que probable que, en visitas anteriores, recibiese una información confusa o contradictoria o bien fue comunicada sin la debida comprensión o empatía hacia ella (véase el apartado siguiente).

### Habilidades del entrevistador

La situación más común es la de un paciente ansioso y preocupado. En este punto, es fundamental la primera impresión; la expresión facial del médico, el tono de la voz, deben transmitir simpatía, respeto e interés para ganar la confianza del paciente. Algunas observaciones sugieren que la mayoría de los médicos interrumpen al enfermo antes de que hayan pasado 24 segundos desde el comienzo de su relato. La recomendación es totalmente contraria, ya que sólo la escucha atenta, sin interrumpir, permite calmar la ansiedad del paciente y obtener una primera impresión acerca de lo que más preocupa al enfermo. Existen dos estilos de interrogatorio (no excluyentes, sino complementarios). El primero es el de **preguntas abiertas** ("cuénteme, ¿cómo es el malestar que refiere en el abdomen?"). Preguntas de este tipo permiten al paciente hacer una descripción libre de sus síntomas. El segundo es el de **preguntas cerradas** ("señálese, por favor, el punto del dolor con la mano").

Títulos y subtítulos	Descripción del tipo de información clínica registrada
<b>Informe clínico</b>	
Riesgos y advertencias	En relación con el padecimiento de enfermedades potencialmente transmisibles (VHC, VIH) o trastornos mentales inductores de autoagresión
Investigaciones relevantes y resultados	Se describen los procedimientos principales llevados a cabo durante su ingreso, así como sus resultados
Tratamientos relevantes	Se describe el tipo de tratamiento recibido durante la permanencia del paciente en el hospital. Incluye los cambios realizados en relación a tratamientos previos
Medidas de actividad física y de la función cognitiva	Se describe la capacidad del paciente para las actividades de la vida diaria, así como su función cognitiva (es útil el empleo de escalas validadas para aquellos casos en los que el paciente muestra alguna incapacidad en el momento del alta). Puede hacerse una alusión al estado nutricional
Cambios en la medicación	Si el paciente seguía algún tratamiento que hubo de ser interrumpido durante su hospitalización, debe especificarse la razón (efectos adversos, incapacidad de su administración por vía oral...)
Medicaciones al alta	Se incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Medicamentos que el enfermo tomaba regularmente y que no han sido interrumpidos o deben ser reanudados tras el alta</li> <li>· Medicamentos que han de iniciarse tras el alta</li> <li>· Recomendaciones acerca de posibles cambios de dosificación, en el caso de ausencia de respuesta o efectos secundarios</li> </ul>
<b>Recomendaciones y planes para el futuro</b>	
Hospital	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Indicaciones sobre la necesidad de un seguimiento ambulatorio (incluyendo exploraciones pendientes)</li> <li>· Especificar nombre del médico responsable</li> <li>· Especificar día y hora en que se realizará la primera visita de seguimiento</li> <li>· Estrategias sugeridas para potenciales problemas (por ejemplo, el contacto telefónico para recibir consejos ante eventuales complicaciones)</li> </ul>
Médico de familia	Recomendaciones específicas
Enfermería	Especificar cuidados cuando fuese necesario
<b>Información al paciente o representante legal</b>	Se incluye cualquier información verbal o escrita dirigida al paciente, sus familiares o cuidadores
<b>Preocupaciones, expectativas y deseos del paciente</b>	Donde el paciente deja constancia de sus deseos, preocupaciones o expectativas
<b>Datos del equipo responsable de la evaluación</b>	Nombre del médico, graduación, especialidad, fecha y firma

**Tabla 1.2.** Componentes del registro de la información relativa al alta hospitalaria (continuación)

Preguntas de este tipo añaden concreción al síntoma-guía que ha motivado la consulta. Lo recomendable es iniciar el interrogatorio con preguntas abiertas, ya que de lo contrario se podría perder cualquier información relevante, al privar al enfermo de la posibilidad de expresar libremente sus preocupaciones. Además de las preguntas orientadas hacia la naturaleza de los síntomas, la entrevista debería incluir otras dirigidas a recabar información sobre el impacto del problema en la vida del paciente, el apoyo sociofamiliar, sus inquietudes y preocupaciones y el tipo de ayuda recibida

a nuevas exploraciones para completar su estudio y a los planes de cuidados y seguimiento a largo plazo, cuando ello resulte necesario.

**LECTURA RECOMENDADA** 

*La historia clínica en gastroenterología. En: Montoro M (ed.). Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia (2ª edición) Jarpyo Ed. Madrid, 2002.*

hasta el momento. Durante este proceso, los pacientes perciben si el médico les mira a ellos o está centrando su atención en un formulario o en la pantalla de un ordenador, sin prestar demasiado interés en el modo en que el paciente expresa sus percepciones y sentimientos acerca de la enfermedad. Nuevamente, en este punto debe enfatizarse la relevancia de la comunicación no verbal (gestos, ademanes, tono de la voz), que puede llegar a ser tanto o más importante que el significado de las palabras. Sólo la escucha atenta y una actitud empática (empatía no es sentir lástima por el enfermo, sino la identificación mental y afectiva de un sujeto con el estado de ánimo de otro) convencerán al paciente de que la valoración efectuada por el médico ha sido correcta, y hará que éste siga finalmente sus consejos.

Al finalizar el interrogatorio, puede ser de gran utilidad hacer un resumen de la situación (por ejemplo, leyendo la descripción que el médico ha reflejado en la historia clínica sobre la naturaleza de los síntomas). Ello permite al paciente corregir o agregar información a lo ya señalado.

La entrevista debería terminar con una explicación somera sobre las posibles causas y efectos de la enfermedad (especialmente cuando el médico dispone ya de resultados de exploraciones), utilizando para ello un lenguaje claro, conciso y asumible, y ayudándose, si es preciso, de dibujos sencillos o diagramas. En este punto es crucial que el paciente pueda despejar dudas acerca de la potencial gravedad del problema y, en último caso, dejar abierta la posibilidad de actuaciones que podrían hipotéticamente resolver o aliviar los síntomas. Sólo entonces el paciente será capaz de asimilar más información y otorgar su beneplácito

## El registro de la información clínica

Todo el proceso clínico, desde el momento de la admisión hasta el alta hospitalaria, debe quedar debidamente registrado en la historia clínica del paciente. El desarrollo informático, salvaguardado por la ley de protección de datos, ha permitido importantes avances en este campo, garantizando el acceso a la documentación clínica a diferentes miembros del equipo y desde diferentes niveles asistenciales. El formato electrónico (legible) contribuye además a evitar errores y mejorar la seguridad de los pacientes. También en este campo se han desarrollado estándares de buena práctica clínica. A continuación se describen un conjunto de recomendaciones para adecuar los registros mencionados a los estándares de calidad:

- El registro de la información clínica del paciente debería estar disponible en todo momento a lo largo de su estancia en el hospital.
- En cada página del registro debe aparecer el nombre del paciente, su número de identificación y su ubicación en el hospital.
- Los contenidos del registro deben responder a un diseño y estructura estandarizados. Esta recomendación debería aplicarse igualmente al formulario donde queda registrada la información relativa al ingreso y al alta del paciente.
- La documentación debería reflejar los cuidados y el seguimiento clínico y ser ordenada en sentido cronológico.

- Cada entrada en el registro debería ir fechada y firmada en forma legible. Las enmiendas y/o modificaciones deben ser igualmente fechadas y firmadas.
- El registro de cualquier acontecimiento relevante (cambios significativos en el estado clínico del paciente, etc.), debe ser anotado en el menor tiempo posible y siempre antes del siguiente relevo del personal facultativo.
- Es igualmente importante identificar al médico sénior sobre el que descansa la responsabilidad última en la toma de decisiones.
- Finalmente, las voluntades anticipadas del paciente (reanimación cardiopulmonar, rechazo a determinadas terapias) deberían estar debidamente consignadas en la historia clínica.

La **Tabla 1.2** y la **Tabla 1.3** muestran los componentes de los informes relativos al ingreso y alta del paciente, de acuerdo con los estándares recomendados por organizaciones colegiadas. Constituye un gesto de buena práctica clínica que, al final de la evaluación de un caso, el médico responsable haga un resumen e interpretación de los hallazgos (impresión o juicio clínico) que en ningún caso puede ser una repetición del motivo principal de consulta (ej.: dolor abdominal, diarrea o rectorragia). No es elegante ni de buen estilo ahondar en legalismos, incriminando de forma más o menos implícita a otros colegas, reflejando comentarios u opiniones obtenidos a menudo tras una conversación telefónica, sin que aquéllos hayan tenido la oportunidad de realizar una evaluación directa efectuada a la cabecera del paciente.

Títulos y subtítulos	Descripción del tipo de información clínica registrada
Consultor sénior	Nombre del médico responsable de los cuidados del paciente
Médico que graba la información	Nombre completo, grado y datos de contacto del médico que registra la información
Procedencia	Centro de salud u hospital de procedencia
Momento de la evaluación	Fecha y hora en la que el paciente es evaluado
Ubicación	Lugar donde el paciente ha sido evaluado (se especifican boxes, número de cama...)
Motivo de ingreso	Síntoma fundamental que motiva la derivación (dolor abdominal, hemorragia gastrointestinal, ictericia...), o procedimiento exploratorio o terapéutico que justifica la hospitalización
Enfermedad actual	Se describe el síntoma o los síntomas directamente relacionados con el acontecimiento que constituye el motivo del ingreso
Historia clínica anterior	Se describen los antecedentes médicos o quirúrgicos, así como los procedimientos o exploraciones diagnósticas realizadas previamente para investigar el caso
Medicamentos	Se detalla el principio activo, la dosis y la vía de administración de cualquier fármaco que el paciente esté tomando de forma regular
Aspectos legales relevantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Capacidad del paciente para la toma de decisiones</li> <li>· Documento de voluntades anticipadas</li> <li>· Poder notarial para designar personas autorizadas</li> <li>· Autorización para donar órganos</li> </ul>
Alergias y reacciones adversas	Se describen alergias y/o efectos secundarios a fármacos
Riesgos y advertencias	Se describen enfermedades potencialmente transmisibles (VHC, VIH) o cualquier trastorno que implica riesgo de autoagresión o abuso de terceros

**Tabla 1.3.** Componentes del registro de la información relativa al ingreso de un paciente (continúa)

Títulos y subtítulos	Descripción del tipo de información clínica registrada
Historia social	<ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Estilo de vida</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Se registran aspectos relativos al estilo de vida que puedan ser de interés para la explicación de los síntomas (hábito de fumar o de beber alcohol, abuso de estupefacientes, homosexualidad)</li> </ul> </li> <li>· <b>Circunstancias sociales o personales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aspectos relativos a procedencia social, influencias y/o necesidades étnicas, culturales o espirituales</li> </ul> </li> <li>· <b>Dependencia y/o minusvalía</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Necesidad de apoyo y/o cuidados</li> </ul> </li> </ul>
Historia familiar	Se describe cualquier enfermedad familiar significativa, con especial atención a problemas de salud mental, cáncer o autoinmunidad
Anamnesis por aparatos	Preguntas dirigidas a evaluar síntomas o signos dependientes de otros órganos o sistemas, con especial atención a cambios en el apetito, el peso corporal, los trastornos del ánimo, etcétera
Exploración física	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Estado de consciencia (confusión, delirio, desorientación; pueden ser de utilidad las escala de Glasgow y el índice de Barthel)</li> <li>· Estado de nutrición (obesidad, caquexia...)</li> <li>· Constantes vitales (frecuencia cardíaca, presión arterial, temperatura, saturación de oxígeno)</li> <li>· Coloración de la piel y mucosas (ictericia...)</li> <li>· Estado de hidratación</li> <li>· Presencia de bocio o adenopatías</li> <li>· Exploración cardiopulmonar</li> <li>· Exploración del abdomen</li> <li>· Sistema genitourinario</li> <li>· Sistema esquelético</li> <li>· Piel</li> <li>· Sistema nervioso</li> <li>· Extremidades (edemas, signos de trombosis o de isquemia arterial...)</li> </ul>
Factores de riesgo relevantes	Hace referencia a condiciones que aumentan el riesgo de desarrollar comorbilidades relevantes (por ejemplo, factores de riesgo de tromboembolia)
Procedimientos o exploraciones	Se describen los resultados de datos de laboratorio y/o de las exploraciones complementarias realizadas durante la evaluación preliminar realizada (por ejemplo, en el Servicio de Urgencias del hospital)
Planes de manejo del paciente	Se incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>Resumen e interpretación de los hallazgos.</b> Donde se describe la impresión del clínico que recibe el caso acerca de la naturaleza y origen de los síntomas</li> <li>· <b>Información.</b> Tipo de información proporcionada al paciente y/o sus parientes o representantes legales</li> <li>· <b>Planes de actuación.</b> Se enumeran los procedimientos o exploraciones solicitadas para completar el estudio del paciente y las medidas terapéuticas inicialmente previstas para el mismo</li> </ul>
Firma de las personas autorizadas	Se incluye: <ul style="list-style-type: none"> <li>· Facultativo responsable de la información clínica registrada, debiendo especificarse su cargo y graduación (por ejemplo, médico residente)</li> <li>· Consultor sénior responsable de la supervisión de los datos registrados y de la toma final de decisiones</li> </ul>

**Tabla 1.3.** Componentes del registro de la información relativa al ingreso de un paciente (continuación)

## Comunicación entre colegas

Hoy en día, el trabajo en equipo hace que los pacientes reciban la atención de numerosos profesionales. La falta de comunicación conduce frecuentemente a errores. La mayoría de los problemas en este ámbito ocurren porque la información no se transmite, se entiende mal o no se registra.

### La información no se transmite o no se transmite bien

La transmisión de la información es esencial entre grupos de profesionales que trabajan en turnos. Es importante que el líder del equipo promueva reuniones de carácter informativo, donde puedan intercambiarse ideas y opiniones, discutir errores y debilidades y tomar decisiones colegiadas sobre el rumbo de la Uni-

dad, la asignación de funciones y tareas o el mejor manejo de un caso complejo. Especialmente importante es el modo en que se solicita la colaboración de un facultativo, tanto si se realiza de forma verbal, como si hace de forma escrita (petición de una prueba complementaria). Veamos el siguiente ejemplo, concerniente al modo en que un médico ha decidido comunicarse verbalmente con un radiólogo de guardia para solicitar su colaboración:

*Buenos días Dr. ..., mi nombre es..., médico residente de guardia. La razón por la que me pongo en contacto con Vd. es para discutir el caso de un paciente con dolor en hipocondrio derecho y fiebre de 39°C de 24 horas de evolución. Se trata de un varón de 75 años con antecedentes de diabetes tipo 2 y cardiopatía isquémica, que ya había presentado episodios de dolor postprandial en otras ocasiones, aunque de menor intensidad. Toma dicumarínicos de forma*

regular por una fibrilación auricular y padece insuficiencia renal. En las últimas 24 horas ha desarrollado un cuadro de dolor en hipocondrio derecho de intensidad creciente, acompañado de coluria y fiebre con escalofríos. En el examen físico llama la atención la presencia de ictericia, hipotensión y defensa en el cuadrante superior derecho del abdomen, y analíticamente destaca una leucocitosis con desviación izquierda, signos de insuficiencia renal, acidosis metabólica y un patrón mixto de citolisis y colestasis. El motivo de mi llamada es para plantear la realización de una ecografía abdominal con carácter urgente para evaluar el estado de la vesícula y de las vías biliares con el propósito de establecer un diagnóstico diferencial (colecistitis aguda vs. colangitis aguda) y obrar en consecuencia.

La estructura de esta comunicación es una habilidad que se aprende y se nutre, en este caso, de los condicionantes necesarios para obtener la aprobación inmediata del consultor responsable de llevar a cabo el procedimiento. El médico que solicita la colaboración se ha identificado y ha subrayado además su calidad de médico en formación. Sin mayor preámbulo, ha expuesto en primer lugar el motivo principal de la consulta (dolor en hipocondrio derecho y fiebre elevada), llamando con ello la atención del radiólogo acerca del tipo de colaboración que con toda probabilidad se va a solicitar (ecografía abdominal). Solo después de exponer el motivo principal de la consulta, el médico solicitante realiza una breve exposición del escenario clínico sobre el que se está desarrollando el problema. Para ello incide exclusivamente en aquellos detalles de verdadera relevancia para el caso (la edad, el antecedente de diabetes -condición que aumenta la probabilidad de desarrollar colecistitis gangrenosa y descompensación cetoacidótica ante la presencia de un foco séptico-, y otras comorbilidades que gravan el pronóstico de un postoperatorio: cardiopatía isquémica, fibrilación auricular, descoagulación, etc.). El médico ha soslayado cualquier otra información relativa a otros antecedentes clínicos (ej.: herniorrafia derecha, gonartrosis, hiperuricemia...) que no parecen relevantes para el caso y que acaso podrían distraer la atención del interlocutor. Finalmente, el médico solicitante aporta información relevante proporcionada por el laboratorio, alertando al interlocutor sobre la potencial gravedad del cuadro y su impacto sobre la condición clínica del paciente (marcada leucocitosis, acidosis metabólica, insuficiencia renal). Toda la información clínica recogida hasta el momento no parece suficiente para discernir si nos hallamos ante una colecistitis aguda grave (en tal caso, la colecistectomía o al menos una colecistostomía, no deberían diferirse) o se trata de una colangitis aguda supurada (en cuyo caso, lo realmente perentorio es drenar la vía biliar mediante la correspondiente esfinterotomía endoscópica). A la luz de estos datos, la petición parece justificada, con independencia del horario en que se establece la colaboración. Educación, competencia profesional y determinación son claves esenciales en la comunicación entre estamentos con diferentes posiciones jerárquicas.

### La información no se registra

Ciertamente, éste es un problema cada vez menos frecuente. Antes al contrario, lo que verdaderamente llama la atención, es la plétora de información que queda reflejada en los muy diversos formularios específicamente diseñados para consignar todo tipo de detalles (la hora en que se realizó tal o cual procedimiento, el médico firmante de la técnica, el consentimiento informado, etc.). Contrariamente a lo que dicta el sentido común y la auténtica "buena práctica clínica", este tipo de medicina legalista y defensiva, adolece paradójicamente de "espacios" reservados para el comentario, la opinión, la interpretación y el juicio clínico de los facultativos.

### La crítica, la murmuración y los modales

Una profesión honorable como la médica no es compatible con malos modales en las relaciones interpersonales. A menudo, éstos afloran, fruto del estrés, la sobrecarga de trabajo y el desgaste psicofísico de los profesionales. En todo caso, la murmuración, la descalificación y, aún peor, la maledicencia no son concordantes con la "buena práctica clínica" y son manifiestamente censurables en todos los códigos de deontología médica.

## Comunicación en situaciones difíciles

### Cuando las noticias no son buenas

Hoy en día, la mayoría de los expertos son partidarios de decir al paciente la verdad, huyendo de la farsa y el engaño. Un estudio realizado en nuestra Unidad y que fue objeto de una tesis doctoral, demostró que la prevalencia de síntomas distresantes al final de la vida era significativamente superior entre los pacientes a quienes se les había ocultado la verdadera naturaleza y el pronóstico de su problema. El verdadero desafío en estos casos es cómo ser honesto con el paciente, sin destruir totalmente la esperanza. En este punto, es esencial una buena estrategia de comunicación. El médico debe buscar un momento adecuado, en un clima de sosiego, haciendo posible que el paciente esté acompañado por un familiar. Frases como "Las noticias no son todo lo buenas que esperábamos..." ayudan a preparar al paciente. La información debe ser transmitida con calma y serenidad, paso a paso, comprobando que el paciente realmente quiere conocer y que comprende bien la información. Deben permitirse los silencios necesarios para la reflexión e incluso el llanto. En este punto, puede ser útil diferir, para un momento ulterior, todas aquellas preguntas que el paciente considere pertinentes. El proceso de adaptación ante una enfermedad terminal puede ser largo y el médico debe conocer las etapas descritas por Elisabeth Kübler-Ross (1926-2004) en su libro *On death and dying*, en 1969. En este libro, se describen las cinco etapas por las que puede atravesar una persona después de conocer una noticia

trágica, como es el diagnóstico de una enfermedad terminal o cualquier otro tipo de acontecimiento personal o familiar de consecuencias graves e irreparables (p.ej., la pérdida de un ser querido):

- **Negación.** Etapa en la que el “aparente bienestar” del individuo (exacerbado por un sentimiento de euforia que puede durar un tiempo) contrasta con la potencial gravedad de la enfermedad. *“Yo me encuentro bien; ha tenido que haber un error, esto no me puede estar pasando a mí...”*. Esta etapa es transitoria y el sentimiento suele dar paso a una sensibilidad aumentada ante las situaciones y personas que se dejarán atrás después de la muerte.
- **Ira.** Tras la etapa de negación, sobreviene una fase de ira, resentimiento e incluso envidia hacia las personas que mantienen la salud y el bienestar (*“por qué ha tenido que ocurrirme esto precisamente a mí”*).
- **Negociación.** Pasadas las dos etapas anteriores, las personas creyentes confían en que Dios les permitirá vivir un tiempo (*“permíteme vivir hasta...”*), a cambio de una vida totalmente reformada.
- **Depresión.** El individuo comprende que la muerte es ya un hecho seguro, pierde el interés por las cosas que antes le complacían, se vuelve silencioso, rechaza visitas y permanece triste la mayoría del tiempo. Cualquier intento de alegrar al paciente suele resultar infructuoso e incluso contraproducente.
- **Aceptación.** El paciente adquiere plena conciencia de que la muerte se acerca, comprende bien la situación y deja de resistirse ante esta realidad. Es un momento de paz, serenidad y aceptación. Los sentimientos de ira, depresión e incluso el propio dolor pueden llegar a desaparecer.

Kübler-Ross afirmó que estas etapas no necesariamente suceden en el orden descrito arriba, ni todas son experimentadas por todos los pacientes, aunque afirmó que una persona al menos sufrirá dos de ellas. Lo realmente importante para el médico es comprender que estas fases resultan determinantes en el estado de ánimo de los pacientes y de sus familiares. Cuando las cosas acaban yendo mal, la prioridad debe ser el alivio de los síntomas, preservar la calidad de vida y permitir a los pacientes resolver asuntos personales y/o familiares pendientes. Una vez más, una actitud abierta, empática y cariñosa por parte del médico, reconociendo sus limitaciones, actuando con celeridad ante cualquier efecto adverso e incluso ofreciendo disculpas por cualquier error, es la mejor vía para garantizar la relación médico-paciente y evitar litigios.

#### LECTURA RECOMENDADA

Layton JM, Hancock K, Parker S et al. Sustaining hope when communicating with terminally ill patients and their families: a systematic review. *Psycho-Oncology* 2008; 17:641–659.

## Barreras en la comunicación

### Diferencias étnicas, culturales y religiosas

Es un hecho constatado que los pacientes que pertenecen a culturas minoritarias suelen recibir un trato diferente, aun cuando hablen el mismo idioma. Las consultas son más cortas, las expresiones empáticas por parte de los facultativos no son tan evidentes y el nivel de participación del paciente en la toma de decisiones es menor. Hoy en día, la mayoría de los hospitales ofrecen intérpretes, a través del Servicio de Atención al Paciente, que pueden contribuir a minimizar estos problemas y evitar que el paciente se sienta ofendido. Las creencias también resultan determinantes en la atención y la comunicación. En algunas culturas, por ejemplo, resulta muy difícil que una mujer pueda visitar a un doctor y/o ser explorada con plena libertad.

### El idioma

Éste es un problema importante que puede ser reconducido mediante la ayuda de **intérpretes** oficiales o facilitados por el propio paciente. En todo caso, el médico debe estar muy atento al lenguaje corporal (no verbal) del paciente y mirar siempre al enfermo, mientras se formulan las preguntas. Un peligro es que el intérprete muestre una versión muy resumida del relato del/la paciente, lo cual obliga a que el médico insista sobremanera en la importancia de conocer la versión real del paciente, sin interferencias o versiones sesgadas o censuradas por las propias creencias. Durante la exploración, el intérprete debe mantenerse alejado, respetando en todo momento la intimidad del enfermo. Al final, el médico debe dar las gracias al intérprete.

### Alteraciones en las facultades físico-psíquicas

No es infrecuente que el médico deba enfrentarse a diario con dificultades surgidas por deficiencias o minusvalías que alteran la capacidad de comprensión-comunicación de los pacientes. Tal es el caso de personas con problemas en la visión o en la audición. Para las personas con hipoacusia o sordera (un problema muy frecuente después de los 60 años) se recomienda preguntar si son capaces de leer los labios, utilizar un lenguaje sencillo, claro y sinóptico, ayudarse de dibujos e incluso valerse de la página de notas del teléfono móvil. Recursos para las personas invidentes son el hecho de comenzar pronunciando su nombre cada vez que se les formula una pregunta, así como valerse de páginas informativas (puede ser útil el sistema braille o versiones en cintas de audio). Especial dificultad entraña la comunicación del paciente con afasia (pérdida o trastorno de la capacidad del habla debida a una lesión en las áreas del lenguaje de la corteza cerebral). A este tipo de pacientes se les ha de hablar buscando un lugar tranquilo, con frases o preguntas

cortas, y emplear silencios apropiados entre cada oración para conceder el tiempo adicional de procesamiento que necesitan. Preguntas cerradas que sólo requieran un Sí o un No como respuesta resultan muy apropiadas para estos pacientes, al igual que disponer de papel y lápiz y valerse de dibujos y diagramas.

### Internet y autoestima del médico

Cada día más, el acceso a la información a través de la red hace que los pacientes planteen cuestiones y preguntas acerca del curso y manejo de su enfermedad con las que el facultativo puede llegar a sentirse incómodo (y en ocasiones irritado), al verse suplantado y/o cuestionado en sus funciones. Ciertamente, éste es un hecho difícilmente evitable y, nuevamente, el médico deberá hacer gala de paciencia, ingenio y educación, para evitar relaciones tensas con los pacientes. El apoyo informático no debe ser interpretado como el enemigo o la competencia. Contrariamente, es una poderosa herramienta que el médico puede emplear para ilustrar al paciente con imágenes, dibujos o esquemas de acceso libre, que le ayudarán a comprender la naturaleza de su enfermedad. Es incuestionable el papel de las sociedades científicas, proporcionando información fiable y veraz acerca de las diferentes condiciones clínicas, y es función del médico orientar a los pacientes para que consulten estas fuentes, haciendo prevalecer este tipo de información sobre otras de dudosa credibilidad.

## 1.8. Resumen y conclusiones

Hoy en día, mientras el mundo soporta el impacto de la crisis financiera, es tentador cuestionar la validez y sostenibilidad de políticas sanitarias centradas en sistemas solidarios. Es por ello que el médico novel debe revestirse cuanto antes de los principios de la buena práctica clínica, que, en resumen, se han de sustentar en

un trabajo concienzudo, honesto y comprometido. Valores como la humildad, la entrega y el desprendimiento siguen siendo la piedra angular sobre la que se edifica, día a día, el buen nombre y la dignidad de la profesión médica.

## Bibliografía

- ✓ Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6.<sup>th</sup> edition. New York. Oxford University Press. 2009. Existe una traducción de la 4.<sup>a</sup> edición norteamericana de 1994. Masson. Barcelona. 1999.
- ✓ Bowman D, Cushing A. Ethics, law and communication. En Kumar P and Clark M (eds) Clinical Medicine 8.<sup>th</sup> edition. Saunders-Elsevier. Toronto, 2012: 1-16.
- ✓ European Association for Communication in Healthcare <http://www.gmc-uk.org/>
- ✓ Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Eudema. 1989. 2.<sup>a</sup> ed. Madrid. Triacastela. 2007.
- ✓ Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Ética clínica. Aproximación práctica a la toma de decisiones en la Medicina Clínica*. Ariel. Barcelona. 2005.
- ✓ Montoro M. *La historia clínica en gastroenterología*. En Montoro M, Bruguera M, Gomollón F, Santolaria S (eds). Jarpay Editores. Madrid. 2002, 3-27.
- ✓ Reich, W, Encyclopedia of Bioethics, Schuster, New York 1978. Mencionado en: <http://www.bioetica.uchile.cl/doc/bioeu.htm>
- ✓ The 21.<sup>st</sup> Century Doctor: Understanding the Doctors of Tomorrow. Ros Levenson.
- ✓ Stephen Atkinson, Susan Shepherd. The King's Fund. London. 2010.
- ✓ Williams, John R. *Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (AMM)*. 2.<sup>a</sup> ed. 2009. [http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics\\_manual\\_es.pdf](http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf)