

El informe médico, un dilema asistencial

Medical report, medical assistance dilemma

Dra. María de los Ángeles Cubero Rego

Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El informe médico a pacientes y familiares es una práctica a la que nos enfrentamos los profesionales de la salud cada día, y en la cual, con frecuencia, se cometen errores éticos, que son percibidos por la familia o el paciente. Esto se debe, en gran medida, a factores subjetivos, dependientes del personal de salud y a determinadas virtudes de los seres humanos que deben ser respetados y explotados a la hora de informar a un paciente o familiar, como son: confianza, compasión, integridad, justicia y humanidad, entre otras. Se trata el tema de forma integral en cuanto a aspectos primordiales de comunicación en momentos difíciles de la vida de las personas, cuando se informa a pacientes y familiares, ya sea para obtener un consentimiento informado, en nuestro desempeño diario en consultas, o a la cabecera de pacientes y familiares.

Palabras clave: informe médico, bioética.

ABSTRACT

The medical report for patients and families is a practice that we follow every day as health professionals, in which ethical errors are frequently made and perceived by the family or by the patient. This is due to a great extent to subjective factors depending on the health personnel and to certain virtues of the human beings that should be respected and exploited at the moment of providing information to a patient or to a relative such as confidence, compassion, integrity, justice and humanity. This topic was addressed in an integrated way in terms of primary aspects of communication at difficult times in personal life, when patients and families are given information for

informed consent, in our daily work at the medical services or at the patient's bedside.

Keywords: medical report, bioethics.

INTRODUCCIÓN

En diferentes períodos históricos los niños han sido infravalorados y, a menudo, abandonados o maltratados. En la Grecia espartana los recién nacidos deformes, o de poca vitalidad, eran sacrificados, arrojándolos en un lugar de la montaña de Taigeto, el punto más alto del Peloponeso. No obstante, el interés y conocimiento de las enfermedades de la infancia se remonta a los tiempos más antiguos, con descripciones de algunos cuadros clínicos en los tiempos hipocráticos. Conceptos primitivos de Pediatría se encuentran en obras médicas tan remotas como los papiros egipcios (Elbers, Smith, Rind). En la época romana hubo aportaciones de interés, como la de *Sorano de Éfeso*, que le dedicó especial atención a las madres y sus hijos, pero la verdadera obra de protección infantil se inició con el cristianismo. Ya el emperador *Constantino* rechazó el sacrificio de 3 000 niños, cuya sangre debería curarle de una posible afección leprosa.¹

DESARROLLO

La Pediatría en el siglo XX comenzó con una primera etapa clínica, que abarcó aproximadamente el primer cuarto de siglo, siendo todavía de tipo descriptiva. Quedaron de ella excelentes exposiciones de la sintomatología de las enfermedades de los niños. En el cuarto de siglo siguiente, se desarrolló una segunda etapa, de predominio etiológico, con aclaración de la causa de muchos procesos patológicos. En ella se incorpora la investigación gracias al auge creciente de los estudios de laboratorio, con gran repercusión igualmente sobre las investigaciones funcionales (etapa fisiopatológica), y de anatomía patológica o fase anatomopatológica. Se consigue, en efecto, el conocimiento más exacto de los factores causales de las afecciones antes individualizadas por la clínica, y no solo en relación con las infecciones, sino también a propósito de las enfermedades del metabolismo, la nutrición, la endocrinología, la inmunología y las anomalías de órganos diversos. Un tercer periodo se puede denominar etapa terapéutica, ya que se producen grandes avances en la profilaxis (vacunas), la quimioterapia y la antibioticoterapia. En el último cuarto del siglo XX, con variaciones según el nivel de desarrollo de cada país, se difunde la consideración, vigente en el siglo XXI, de estar ante una Pediatría verdaderamente científica.¹

Todo esto nos lleva al surgimiento de la Bioética, la cual tiene una estrecha relación con los progresos científicos y tecnológicos de la segunda mitad del siglo XX; pues, al desarrollarse una serie de avances técnicos importantes, se ocasionan situaciones en las que es necesario valorar la corrección de las actuaciones médicas. La creación de las unidades de cuidados intensivos, inicialmente para el adulto y posteriormente en Neonatología y Pediatría, conlleva la introducción de una nueva filosofía de la asistencia y de la relación entre el médico, el paciente y al familia.²

La Bioética podría definirse como la disciplina que analiza de qué manera hay que actuar en el terreno de la Biomedicina en las decisiones que afectan al nacimiento, la muerte, la naturaleza humana y la calidad de vida. La finalidad de la ética médica consiste en analizar los conflictos morales que ocurren en la práctica médica asistencial y en la investigación, y plantear su solución. Los aspectos éticos impregnan la relación existente entre médicos, pacientes, las familias y la sociedad. En cualquier práctica pediátrica, ya sea clínica, preventiva o social, surgen problemas, y a veces dilemas éticos, a los que es necesario dar respuesta, los cuales van cambiando a la luz de los avances técnicos.²⁻⁵

Un problema álgido actualmente en la relación médico-paciente-familia, es la información, y como primera interrogante nos planteamos: ¿quién debe informar?, a lo cual, sin duda alguna, todos respondemos *el médico de cabecera*. Ahí surge nuestro primer problema. Tenemos médicos en formación en todos nuestros hospitales; pero, ¿serán ellos los indicados? Por supuesto que durante su formación aprenderán también a brindar información, pero en el caso del informe médico debe ser el médico especialista el encargado, pues además de mantener informado al paciente y/o familia del estado de salud, evolución e investigaciones, esta información puede jugar un papel a la hora de obtener consentimiento informado. Esa información debe ser clara y comprensible, adecuarse a las características de cada paciente y/o familiar, evitar el lenguaje excesivamente técnico y críptico que muchas veces no será entendido y puede propiciar un distanciamiento en la relación médico-familia.⁵⁻⁷

Ahora, otra interrogante sería ¿sobre qué debemos informar? Sobre el proceso de salud-enfermedad del paciente, su diagnóstico evolución y tratamiento, primero comenzando de una forma general, para que los padres puedan hacerse una idea cabal del cuadro, y de una forma gradual, ir introduciendo las posibles variaciones del pronóstico, pruebas diagnósticas o tratamientos que puedan ser necesarios. Esa información debe ser concreta, para subrayar las cuestiones más frecuentes o importantes; veraz, porque la información debe ser esencialmente verdadera, aunque podamos matizarla e introducirla gradualmente, y, siempre que sea posible, mantendremos un mensaje de esperanza; repetida, porque deberemos estar dispuestos a repetirla con la frecuencia que los padres demanden, ya que las situaciones críticas y las malas noticias pueden provocar gran dificultad en los padres para entender la situación y asimilar la información; y personalizada, porque es primordial que la información se adapte a las características del paciente y de sus padres, sobre todo, edad y nivel sociocultural. La capacidad de asimilación de la información puede verse claramente restringida en situaciones graves, por lo que debe indagarse durante las entrevistas el grado de comprensión de la situación por parte de los padres.^{4,8-10}

Cuando damos un informe médico debemos disponer del tiempo necesario para que exista un clima de confianza, así como realizarse en un lugar adecuado que permita la creación de ese clima, y mantener la confidencialidad. Un punto de debate es la cantidad de información en relación con los riesgos que es correcto exponer, debiéndose señalar aquellos más importantes y frecuentes.

Con el conocimiento que tiene la población sobre temas de salud, la práctica cotidiana de la medicina exige que cada día actuemos de una forma más profesional. Así se repite que la Medicina es arte y ciencia, pero actualmente no hay Pediatría sin ciencia.¹

Todo lo anterior nos obliga a mantener un comportamiento virtuoso ante pacientes y familiares. Debemos explotar, en el momento de dar información —ya sea en la consulta cotidiana, o cuando tenemos un paciente hospitalizado en las unidades de

terapias intensivas— todas las virtudes internas que caracterizan al personal de la salud, entre ellas:^{11,12}

- La *confianza* es una virtud importante en toda relación humana, lo cual comprende no solo decir la verdad, sino, también, aspectos de constancia e integridad. La relación entre médico y paciente se extiende aún más en la idea de la confianza. En esta relación el paciente o la familia confían en que el médico lo ayude y lo haga con su mejor capacidad. La confianza del paciente en el médico es multifactorial; el paciente y los familiares no solo confían en que el médico está correctamente entrenado y es competente, sino que utilizará este entrenamiento de forma no sesgada y sin egoísmo, para el bienestar del paciente. Por esta relación el profesional que informa debe ser el más entrenado, y conocer cabalmente las condiciones médicas de cada paciente para establecer una uniformidad entre la información que da cada médico en su turno, y no permitir que aparezcan lagunas en la relación médico-paciente-familia. En otras palabras, como médicos siempre debemos ser dignos de confianza.^{5,7,12}

- La *compasión*: literalmente significa sufrir con el prójimo, en este caso el paciente y/o la familia. Este es un aspecto del carácter de los profesionales de la salud más examinado por los pacientes, y la cualidad más asociada con la conducta ética. Se expresa compasión cuando se permanece con el paciente y la familia durante el sufrimiento. Esa cualidad debe de ser cuidada por los profesionales de la salud en la actualidad, pues cada día más se va contrayendo este tiempo vital, que debemos dedicar a informar a los pacientes y familiares.^{6,7}

- La *fronesis* es un término utilizado por *Aristóteles* para la virtud de la sabiduría práctica; se define como el sentido común. Permite al médico examinar opciones y decidir sensiblemente en favor del paciente. Está estrechamente relacionada con la capacidad de razonar, para hacerlo de forma no sesgada. Ella descansa en la práctica médica sobre las dos virtudes anteriormente mencionadas: la confianza y la compasión.^{6,8,13}

- Otra virtud del médico es la *justicia*, la cual se define como darle a cada uno lo que se le debe. En el caso que nos ocupa sería darle al paciente las opciones de curación, y con esto, seríamos justos con la familia, la comunidad y la sociedad, lo cual indica una atención de calidad sin fallas. Aquí debemos tener en cuenta presiones administrativas y creencias religiosas, pero siempre nos deberemos al paciente.^{6,7}

- La *fortaleza* no solo representa el coraje físico, sino también al emocional y mental. Su expresión máxima estaría al enfrentar a las familias en situaciones de crisis, cuando un paciente presenta una malformación mayor, requiere de un proceder riesgoso, o se encuentra en estados extremadamente críticos.^{5,14,15}

- La *templanza o prudencia*, se refiere en este ámbito al uso de la tecnología de forma racional y mesurada, teniendo en cuenta el principio de la beneficencia no maleficencia, en cuanto a aplicar la técnica más reciente y sofisticada.^{6,16}

- *Integridad*, proviene del latín *integer*, que significa totalidad, entereza o unidad intacta. Es un valor muy importante para desarrollar confianza en los familiares, pero conlleva un autoexamen y reflexión continua por parte del profesional de la salud.^{6,7}

- Y por último, y no menos importante, tenemos la *humildad*, que personifica la no elevación por encima del otro. Esto se manifiesta muy bien en las relaciones entre residentes y médicos especialistas, pero ya entre los mismos especialistas, es un error presuponer que una larga preparación nos brinda una autoridad superior. También abarca la cautela que se debe de tener en cuanto a la realización a los pacientes de exámenes complementarios y la inclusión en protocolos de investigación. Asimismo, siempre que estemos hablando con las familias, debemos tener en cuenta que no son científicos, y que la información debe ser lo más clara y precisa posible, despejando nuestro lenguaje de tecnicismos que afectarían la buena comunicación médico-familia.^{4,15,16}

En ocasiones el pediatra será interrogado abiertamente sobre las posibilidades de muerte o de graves secuelas, y se deberá responder con honestidad si se considera

esa posibilidad como razonablemente posible. Los niños, si están en condiciones, deberán ser informados de una manera adecuada para su edad, ya que es más positivo para ellos y el pediatra. Se les debe animar a que comuniquen sus inquietudes; así se les podrá ayudar a paliar su angustia.¹⁵⁻¹⁷

No debemos olvidar que en la "Convención sobre los derechos del niño", en su Artículo 1 manifiesta que un niño es todo ser humano menor de 18 años de edad,¹⁸ y nuestro país es firmante de dicha convención; y en la "Declaración de los derechos del niño" indica que este, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidados especiales, incluso, la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.¹⁸ Las capacidades del niño para comprender lo que sucede se van adquiriendo progresivamente según avanza en edad. Mientras no alcanzan la capacidad física (y jurídica), obra en los padres o la persona que los sustituya, el derecho de recibir las informaciones relativas a la enfermedad y bienestar del niño, y decidir por ellos.¹⁹

A todo esto se le suma el impacto que tienen los medios de comunicación, en cuanto a salud se refiere, en la población. Estos medios (prensa, radio, cine, video, televisión e Internet) proporcionan ayuda valiosa a los 3 componentes de esta relación (médico-paciente-familia), pero no hay que olvidar sus "efectos secundarios" desfavorables, porque la información que reciben el paciente y su familia puede ser incompleta o incorrecta, y conferirles una falsa autosuficiencia o superioridad, con la consiguiente baja valoración o desprecio del papel del pediatra. En esta posible situación, la relación puede quedar dañada.^{16,17,19}

Para que el triángulo que configura esta relación culmine con una buena comunicación, partiendo de que la formación del pediatra, como de todo médico, debe constar de conocimientos actualizados de su ciencia, habilidades prácticas mantenidas y comprensión humana, que se refiere no solo al paciente, sino a los padres y a toda la familia, en la práctica hay que contar con matices personales que no pongan trabas al diálogo. A veces la circunstancia tiende a la anormalidad, añadiendo más complejidad a la información, como la ansiedad extrema de los padres, que distorsiona sus percepciones, pero también las palabras del médico. Y no hay que olvidar la posibilidad menos frecuente de tropezar con una personalidad psicopática, incompatible con la maternidad o paternidad, y menos con el diálogo médico. Así se puede llegar al extremo no excepcional de enfrentarse al pediatra con una conducta agresiva, por desgracia de cierta actualidad.^{20,21}

Es una paradoja que estos fenómenos adversos sucedan en una época en la que los pacientes son mejor atendidos que nunca y tienen una cobertura sanitaria universal. El pediatra debe autoanalizarse constantemente y ante cada paciente o familiar, ya que nunca debe fallar la comprensión humana y la formación para un diálogo bidireccional en el acto de comunicar los diversos aspectos del diagnóstico, pronóstico o tratamiento de las enfermedades a los pacientes o familiares.

La educación de los profesionales de la salud en Cuba tiene un enfoque bioético, y se basa en el principio del respeto a la autonomía individual y colectiva, dirigida fundamentalmente a garantizar la integridad de la persona, que es sinónimo de salud.^{22,23}

La relación médico-paciente, en nuestro país, en general es buena, como consecuencia de la formación integral de los galenos, y por la idiosincrasia cubana comunicativa y diáfana. Estos elementos, unidos a nuestras raíces latinas hacen, sin embargo, que tanto el personal médico como los pacientes adopten una actitud "paternalista", en la que los primeros creen hacer siempre lo mejor, y los segundos

consideran que "el médico sabe" y que "lo que haga o decida el médico, está bien hecho."²⁴

Se concluye que el informe médico es una actividad que el médico realiza en todo momento en que se comunica con el paciente y la familia; que para realizarlo adecuadamente debe existir un lugar apropiado, con privacidad, sin premura, por el personal médico más calificado y que atienda directamente al paciente. Debe manifestar en ese momento virtudes humanas, como son, la fidelidad, la compasión, la humildad la integridad, la fortaleza y la justicia. Dónde informar adecuadamente es un deber de los galenos, y un derecho de pacientes y familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz M. Introducción a la pediatría. Nuevo tratado de pediatría Sección 1. Vol. 1. España: Editorial Ergon; 2011. p. 1-40.
2. Carter JD, Mulder RT, Bartram AF. Infants in a neonatal intensive care unit: parental response. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2005;90:F109-13.
3. Couceiro A. Enseñanza de la Bioética y planes de estudios basados en competencias. Educación Médica. 2008;11:69-76.
4. García Ubaque JC. Aspectos culturales en salud pública. Revista de Salud Pública [serie en Internet]. 2014 [citado 21 de julio de 2015];16(4). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642014000400001&nrm=iso
5. Fleischman AR, Collogan L. Addressing ethical issues in everyday practice. Pediatr Ann. 2004;33:740-5.
6. Cabrales-Vega R, Calvachi-Jiménez J, Foronda-Castro J, Giraldo-Pinto D, Jojoa-Saa J, Mendoza-Ortiz V, et al. ¿Quién se informa con el consentimiento informado? Revista Salud Pública (Bogotá). 2012;14(3):502-11.
7. Padilla EM, Sarmiento-Medina P, Ramírez-Jaramillo A. Percepciones de pacientes y familiares sobre la comunicación con los profesionales de la salud. Revista de Salud Pública. 2014;16:585-96.
8. García PR. La relación médico-paciente, premisa para la calidad. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río. 2010;14:1-2.
9. Dawson A, Spencer SA. Informing children and parent about research. Arch Dis Child. 2005;90:233-5.
10. Gajardo A, Lavados C. El proceso comunicativo en la relación médico-paciente terminal. Persona y Bioética. 2010;14(1):48-55.
11. Ceriani JM. El exceso de información y sus evidentes riesgos en la educación médica actual. Archivos Argentinos de Pediatría. 2010;108:99-100.

12. Mesquita M, Pavlicich V, Benítez S. Percepción de la Calidad de Atención y Accesibilidad de los Consultorios Pediátricos Públicos en Asunción y Gran Asunción. *Revista Chilena de Pediatría*. 2010;81:364-5.
13. Martín E, Sarmiento P, Ramírez A. Influencia de la comunicación del profesional de la salud en la calidad de la atención a largo plazo. *Revista Calidad Asistencial*. 2014;29(3):135-42.
14. Ballesteros B, Novoa M, Muñoz L, Suárez F, Zarante I. Calidad de vida en familias con niños menores de dos años afectados por malformaciones congénitas. Perspectiva del cuidador principal. *Universitas Psychológica*. 2006;5(3):457-73.
15. Martínez-González C. Encuesta de ética en las UNIP españolas. Luces y sombras. *An Pediatr (Barc)*. 2007;66:87-8.
16. Meadow W, Lantos J. Reflexiones sobre los cuidados intensivos neonatales. *Pediatrics*. 2009;67:77-9.
17. Moreno-Villares JM, Galindo-Segovia MJ, Villa-Elizaga I. Eutanasia en niños en Holanda. *Cuad Bioet*. 2006;17:445.
18. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Convención sobre los derechos del niño. México: UNICEF; 1990.
19. González López S, Cabrera Machado C, Cortiza Orbe G, Quintero Delgado Z, Fonseca Romero B, Ponce Rodríguez Y. Relación médico paciente y consentimiento informado en cirugía pediátrica: teoría y realidad en la práctica local. *MediSur*. 2009;7:29-36.
20. Herrera N, Gutiérrez-Malaver M, Ballesteros-Cabrera M, Izzedin-Bouquet, Gómez-Sotelo A, Sánchez-Martínez L. Representaciones sociales de la relación médico paciente en médicos y pacientes en Bogotá, Colombia. *Revista Salud Pública (Bogotá)*. 2010;12(3):343-55.
21. Palomeque-Rico A. Cuidados intensivos y cuidados paliativos. *Anales de Pediatría (Barc)*. 2005;62:109-11.
22. Terribas N. Aspectos legales de la atención a los menores de edad. *FMC*. 2008;15(6):339-45.
23. Vallongo Menéndez MB. Consentimiento informado. ¿Un derecho? ¿Un deber? *Revista Cubana de Anestesiología y Reanimación*. 2012;11:116-23.
24. Martínez Delgado DA, Rodríguez Prieto YM, Cuan Colina M. Aspectos éticos en pediatría. *Rev Cubana Pediatr*. 2011;83:173-81.

Recibido: 20 de agosto de 2015.

Aprobado: 8 de septiembre de 2015.

María de los Ángeles Cubero Rego. Hospital Pediátrico Universitario "William Soler". Calle 100, entre Perla y San Francisco, reparto Altahabana, municipio Boyeros. La Habana, Cuba. Correo electrónico: mariita.cubero@infomed.sld.cu
