

El paciente y el personal de salud: Visiones e intereses diferentes

The patient and health personnel: Different visions and interests

Sr. Editor:

El entendimiento de parte del paciente de las explicaciones sobre su enfermedad de parte del personal de salud, es fundamental. Un pobre entendimiento de las indicaciones terapéuticas y de las repercusiones de su enfermedad, ensombrecen el pronóstico, incrementan los costos y aumentan la probabilidad de un mal uso de los recursos en salud (1,2). Aún más importante, es la explicación que recibe el familiar cuidador de los pacientes que están en mal estado. Es difícil para el paciente y los cuidadores, entender la terminología que usa el personal de salud para explicarles lo que sucede con el enfermo.

No solamente el médico atraviesa esta dificultad sino todo el personal de salud. El caso del personal técnico que alcanza la receta o las órdenes de laboratorio al familiar, sin saber el mismo para que sirven, contribuye a esta problemática. La enfermera en su afán de terminar rápido el trabajo (que es casi siempre más del que puede manejar), es a veces, ajena a lo que está pasando el paciente, no por falta de interés, sino por la sobrecarga del trabajo. Ser eficiente se convierte así en una característica idónea pero no necesariamente auténtica en el cuidado de la salud del paciente.

El enfoque de los médicos es diferente. Pueden adoptar la figura del “Dr. House” (tengo que confesar que muchas veces yo lo he hecho) y ver al paciente como un caso: “la vasculitis de la cama 3”, “la leptospirosis con compromiso renal...”, son frases que comúnmente encontramos en los pasillos de nuestros hospitales. La síntesis del paciente como una serie de mecanismos fisiopatológicos en cadena y etiquetado con los términos que los clínicos solemos manejar: *SIRS, ICC, ERC...* y muchos otros términos que aparecen en las historias de pacientes de medicina interna, es una constante. Se es buen médico si se le brinda al paciente el diagnóstico más acertado, la

terapia más costo-eficaz y aunque parezca difícil de creer si se le etiqueta con una “enfermedad rara”. No es frecuente calificar al médico por el tiempo que escucha al paciente y el nivel de satisfacción que los pacientes obtienen de él. Tampoco es importante lo que el paciente quiere, ni el entorno del mismo. Lo que dicen las guías clínicas debe cumplirse. La validación local cuantitativa y aun más importante, cualitativa, de esta información no es tomada en cuenta.

El otro enfoque, si cabe el término, es el rutinario, en el cual el paciente es “uno más del montón”, en quien hay que aplicar lo que se sabe, o lo que la experiencia dice que es lo mejor. En este ámbito entran los pacientes con lumbalgia (las recetas médicas en las que aparecen las indicaciones de inyecciones de multivitamínicos, antiinflamatorios y corticoides, son muy frecuentes); los pacientes con cefalea crónica (la solicitud por parte de muchos médicos del perfil lipídico de poca ayuda y sin relación con la cefalea, es una muestra de ello) y el dolor corporal difuso, en las que la solicitud de densitometría, es una medida de muy poca ayuda diagnóstica.

La medicina basada en la evidencia (MBE) si bien es cierto, ha logrado que gran parte de los clínicos apliquen la mejor evidencia posible en combinación con la experticia clínica y las preferencias del paciente, es insuficiente para lograr una visión holística y un manejo integral del paciente (3). No es que se necesite que el personal de salud indague y conozca en profundidad la antropología y psicología de cada paciente (esto sería un tarea titánica e imposible), sino más bien saber de antemano que detrás de cada persona que ingresa a un área o servicio de salud hay toda una historia de relaciones sociales, una cosmovisión variable y sin duda temores y porque no decirlo mitos en relación al médico, su salud y su enfermedad.

Lamentablemente pocos programas de entrenamiento en Medicina (internado o Residentado

CARTA AL EDITOR / LETTER

médico) contemplan la adquisición de destrezas en comunicación. Es cierto que gran parte del actuar de los actores de la salud proviene de su formación en el seno familiar. Sin embargo, si es posible hacer algo para disminuir estos defectos, es indudable que hay que hacerlo. Los conocimientos técnicos, muy necesarios pero a veces no orientados a la realidad en la que vive el paciente, gran parte de las veces no permiten mitigar el sufrimiento de éstas personas. A veces creemos que lo que nosotros podemos ofrecerle es indudablemente lo que el paciente necesita, sin importar lo que desea. Esta tendencia aumenta conforme el estudiante avanza en la carrera de Medicina (4). Una actitud paternalista, muy útil en las unidades de terapia intensiva en pacientes con pobre soporte familiar, se resquebraja en el paciente en quienes su entorno y él mismo, conocen y saben lo que quieren.

El concepto de shared decision making o decisión médica compartida cobra aquí una importancia vital. Éste es un paso definitivo e irreversible en la nueva relación personal de salud-paciente. Este concepto ha evolucionado en los últimos años, existiendo toda una normativa y estandarización internacional en relación a éste. En nuestros hospitales todavía no se vislumbra la importancia de contar con esta herramienta que puede mejorar la satisfacción, el pronóstico y la calidad de vida del paciente (5).

Debemos mencionar que para el personal de salud es sumamente difícil aceptar ante ellos mismos, ante personal en entrenamiento o ante el paciente y sus familiares, las limitaciones que los profesionales de la salud pueden tener. Creo que lo vital es aliviar al otro hasta donde nos sea posible.

Finalmente podríamos decir que al célebre aforismo de Berard y Gubler: “Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre”, podríamos agregarle también: “informar y escuchar siempre”.

Franco León-Jiménez^{1,a,c;2,b}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Weiss BD, Hart G, McGee D, D’Estelle S. Health status of illiterate adults: relation between literacy and health status among persons with low literacy skills. *J Am Board Fam Pract.* 1992; 5(3):257–64.
2. Weiss BD. Health literacy: can your patients understand you? 2nd ed. Chicago: American Medical Association and AMA Foundation; 2007.
3. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gary JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what is it and what it isn’t. *BMJ.* 1996; 312: 71-2.
4. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA, Hechtel L, Chang T, Tseng E, Rogers JC. Medical student attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ.* 2002; 36:568–574.
5. Elwyn G, O’Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, Thomson R, Barratt A, Barry M, Bernstein S, Butow P, Clarke A, Entwistle V, FeldmanStewart D, Holmes-Rovner M, Llewellyn-Thomas H, Moumjid N, Mulley A, Ruland C, Sepucha K, Sykes A, Whelan T, International Patient Decision Aids Standards (IPDAS) Collaboration: Developing a quality criteria framework for patient decision aids: online international Delphi consensus process. *BMJ.* 2006; 333(7565):417.

Recibido: 13/07/2015

¹ Hospital Regional Lambayeque. Chiclayo, Perú.
² Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo, Perú.
^a Medicina Interna, Epidemiología Clínica.
^b Docente Escuela de Medicina Humana..
^c Director de Investigación.