

GUÍAS CLÍNICAS PARA LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Autor:

Dr. Alberto L. Dain M.P.Nº 5.650/8

Esp. en Infectología, M.E.Nº 2025

Prof. Emérito de la U.N.C.

Prof. Cátedra Epidemiología Clínica U.N.C.

Prof. Cátedra Relación Médico-Paciente U.N.C.

Relación Médico Paciente: "Una confianza frente a una conciencia"

Luis Portes

INTRODUCCIÓN

En las Carreras de Medicina, la mayoría de los estudiantes son formados en enfermedades, no en enfermos. Es decir, no se enseña a "ser médico". Este déficit educativo puede centralizarse en los siguientes aspectos:

- Técnica comunicacional
 - Manejo de la empatía
 - Como ayudar: contención y apoyo
- Manejo de situaciones críticas: muerte, enfermedad grave o

invalidante Las consecuencias del modelo vigente son, entre otras:

- Deterioro de la relación médico-paciente
- Menosprecio del interrogatorio y el examen físico
- Sobrevaloración de la tecnología
- Desinterés por la medicina clínica y la atención primaria de la salud

La palabra "**medicina**" contiene la raíz latina "*med*", que significa: "*llevar al centro*", "*equilibrar*". Implica cumplir con las *funciones de equilibrio descentrado* que se pierde con la enfermedad.

La **Relación Médico Paciente (RMP)** tiene una importancia capital en el proceso de *curación de la enfermedad* o en el *mantenimiento de la salud*, además de la prescripción médica correcta. Esta relación ha experimentado cambios temporales:

- ☐ **Modelo tradicional:** representado en el clásico médico de familia
- ☐ **Modelo neoliberal** (hoy vigente): que tiende a la mercantilización de la salud, en el cual el Paciente (cliente) es un comprador de servicios y el Médico un vendedor, visto en ocasiones como un "enemigo" del paciente.

En el modelo neoliberal (biomédico) el organismo humano es considerado como una máquina biológica que puede ser reparada con una orientación fragmentaria, que no enfoca a la persona en su integridad y la sustrae de su medio social y ecológico.

Esta medicina (hoy en crisis y por lo tanto socialmente cuestionada) es cada vez menos efectiva en la promoción de la salud: niega al paciente como persona, promueve graves problemas éticos y provoca un notorio incremento de costos y riesgos.

El cambio de la medicina del siglo 21, al cual aspiramos, pretende reconciliar el método científico tradicional con el humanismo y modificar esa realidad. El nuevo modelo planteado (Canadá 1966) puede caracterizarse como *humanista, integral (biopsicosocial), horizontal, costo efectivo, orientado a la Atención Primaria de la Salud (APS)*, opuesto al modelo neoliberal, basado en la mercantilización de la salud.

En la *Carrera de Medicina de la Universidad de Villa María*, creada en 2014 y de cuya organización participamos, se ha incorporado la asignatura "**Relación Médico Paciente**", orientada a satisfacer ese vacío curricular. La propuesta rescata en parte el modelo tradicional del *médico de familia*.

Estos cambios en la medicina actual pueden resumirse en los siguientes puntos:

1. Importancia relevante de la atención primaria
2. Más tratamientos ambulatorios y menos internaciones
3. Destaca los aspectos sociales de la medicina
4. Tiende a una reducción progresiva de la práctica neoliberal
5. Estimula la participación responsable de la comunidad en la salud

Desde esa perspectiva, el concepto de RMP puede expresarse como *“El encuentro entre dos personas con necesidades complementarias: Una disminuida por su enfermedad (paciente) y la otra que posee recursos que atenuarán o harán desaparecer esa situación (médico)”*. Es una relación interhumana y una relación de ayuda, con trascendencia social. Constituye el **acto central** de la actividad clínica y el **escenario principal** de la medicina.

EL ACTO MÉDICO

Puede definirse como un *acto de confianza*, en el cual una persona pone su vida en manos de otra, en un marco de esperanza y respeto. Incluye, por parte del médico, un conjunto de operaciones mentales o intelectuales (*razonamiento*) y las acciones derivadas de las mismas (*toma de decisiones*) orientadas a abordar científicamente el fenómeno salud/enfermedad.

Los médicos *razonamos y decidimos*. La calidad de la decisión médica es lo que define en gran medida nuestro grado de competencia y eficacia profesional.

El *acto médico* integra la ciencia y el arte de la medicina, destacándose la trascendencia de la *relación médico paciente* como marco original y único de esa definición. El término ***Eubiatría***, que designa a ese modelo de *Medicina Integral*, incluye las siguientes variables: *Psicosomática, Ecológica, Genética y Antropológica*. Esto implica una relación estrecha entre el profesional y la persona que solicita el servicio. Depende del contexto histórico, cultural, social y económico de esa población y está supeditada a factores humanos.

En esta concepción, el proceso de la ***comunicación*** resulta fundamental para su abordaje adecuado: *es un fenómeno complejo que involucra la transmisión de información desde una fuente emisora hacia un receptor*. Este procedimiento es dinámico y representa la manifestación más compleja y elevada de las relaciones humanas.

La comunicación médico paciente efectiva es una función clínica esencial que no puede ser delegada. *La comunicación es la matriz de la relación médico paciente*.

GUÍAS PARA MEJORAR LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

En el presente capítulo de las **GUÍAS CLÍNICAS** editadas por el CONSEJO DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA pretendemos proporcionar al médico dedicado a la APS una información básica y esquemática sobre la RMP, orientada a apuntalar los cambios necesarios en el ejercicio de una medicina más humanizada y efectiva. Nuestra intención es motivar al lector para analizar e incorporar en su práctica estos conceptos, tendientes a mejorar la calidad de su ejercicio profesional.

Guía 1: LA ENTREVISTA MÉDICA.

- Es uno de los aspectos fundamentales de la práctica médica.
- Integra el *“arte de la medicina”*.
- No depende solo de las cualidades personales del médico: tiene sus reglas que pueden y deben ser aprendidas. Sus etapas son:
 1. *Recepción. Saludo. Contacto visual*
 2. *Identificación: médico y paciente*
 3. *¿Qué le pasa?: ¡Libre expresión inicial del paciente en los primeros minutos! Es la etapa más importante de la entrevista.*
 4. *Interrogatorio dirigido de acuerdo al razonamiento médico, que marca el tipo y el orden de las preguntas (método clínico: hipótesis planteadas, datos a recabar en función de las hipótesis).*

5. *Examen físico*
6. *Estudios complementarios: consentimiento informado*
7. *Información final. Resumen. Planes*
8. *Receta e indicaciones. Lograr acuerdos*
9. *Recomendaciones y despedida*

Guía 2: NORMAS BÁSICAS PARA LOGRAR UNA BUENA COMUNICACIÓN

1. *Trato amable y respetuoso.*
2. *Transparencia en el diálogo (paciente, familia).*
3. *Escuchar atentamente sin emitir juicios de valor.*
4. *Abstenerse de caer en contradicciones entre el decir y el hacer (congruencia).*
5. *Tolerancia con límites (¡no servilismo!)*
6. *Lenguaje claro, enunciando conceptos centrales*
7. *Reafirmar la autoestima del enfermo*
8. *Incentivar la participación del paciente en su tratamiento*
9. *Fundamentar las indicaciones diagnósticas y terapéuticas*
10. *Recordar que el médico no es omnipotente*

Guía 3: ERRORES COMUNES QUE AFECTAN LA COMUNICACIÓN

1. *No identificarse*
2. *No dar el tiempo necesario para contestar*
3. *Hablar al mismo tiempo que el paciente*
4. *No mirarlo*
5. *No atender*
6. *Reírse inapropiadamente*
7. *Hacer preguntas automáticas*
8. *Permanecer distante*
9. *Examen físico desorganizado, mecánico e irrelevante*
10. *Mostrarse impaciente e incluso agresivo*
11. *No dar explicaciones o ser muy escueto*
12. *No desconectar el celular. Atender el teléfono*

Guía 4: MODOS DE COMUNICARSE: incluye los siguientes recursos:

./ **Comunicación verbal** (El lenguaje, la palabra): Conformar el 45% de los recursos. Se recomienda observar las siguientes precauciones (descuidadas la mayoría de las veces):

- *Hablar despacio.*
- *Utilizar frases cortas.*
- *Utilizar términos comprensibles.*
- *Pronunciar con seguridad.*
- *Evitar vacilaciones o cambios bruscos de tema.*
- *Cuidar el timbre e intensidad de la voz*

./ **Comunicación kinésica:** (Los gestos). Aun cuando conforma el 55% de los recursos de la comunicación, se le presta poca atención en la práctica. Incluye: gestos, mirada, expresiones faciales, tacto. La postura y actitud corporal, la gestualidad facial, la motilidad, las exclamaciones, la risa, el llanto, expresan los sentimientos y las emociones. La mirada del médico: (= modo de expresión): inquisitiva, receptiva o abierta, despectiva, irónica.

El contacto manual ("tactación"): recurso sensorial y afectivo. ("Tocar el cuerpo viviente significa adquirir una experiencia táctil de la libertad ajena").

Guía 5: EVITAR ERRORES COMUNES EN EL INTERROGATORIO

- *No mirar a los ojos*

- *Atender el teléfono*
- *Atender a otra persona simultáneamente*
- *No mostrar interés mediante los gestos y/o la mirada*
- *Interrumpir inoportunamente*
- *Repetir preguntas innecesariamente*

Guía 6: PRECAUCIONES DURANTE EL EXAMEN FÍSICO

- *Respetar el pudor*
- *Maniobras delicadas: evitar el dolor*
- *Cuidar la temperatura de las manos y del instrumental*
- *Adoptar medidas de bioseguridad en su justo límite*
- *Ante prácticas “invasivas” (tacto rectal, vaginal, etc.): precauciones para evitar daño
¡Durante el examen físico la entrevista continúa...!*

Guía 7: EL TIEMPO DE LA ENTREVISTA.

El tiempo no es un factor decisivo si se lo administra bien y se lo complementa con una comunicación adecuada. Algunos factores condicionantes:

- *Organización del sistema y del equipo de salud*
- *Cantidad de pacientes*
- *Remuneración del médico*
- *Complejidad del problema del paciente*
- *La personalidad del médico y del paciente*

Guía 8: ADMINISTRANDO EL TIEMPO

El objetivo es brindar una atención de la mejor calidad en el menor tiempo posible (15 minutos mínimos). Extender el tiempo no siempre implica una atención de mejor calidad.

- *Revisión previa de la historia clínica*
- *Escribo mientras escucho*
- *Razono mientras escribo*
- *Dosificar el tiempo*
- *Estrategia del interrogatorio*
- *Aplicando el método clínico*

Guía 9: TOMANDO NOTAS MANUSCRITAS O EN LA COMPUTADORA

- *No deberá afectar la comunicación*
- *Mantener el contacto visual, aunque sea intermitente*

Guía 10: DESARROLLAR LA EMPATÍA

- *Es la capacidad para percibir pensamientos, sentimientos y conductas de otras personas.*
- *Constituye la habilidad para entender las experiencias y los sentimientos del otro y la capacidad de comunicar este entendimiento al paciente (“Sé cómo se siente”).*

Guía 11: COMO TRANSMITIR MALAS NOTICIAS.

- *Son aquellas que afectan negativamente a las expectativas de la persona.*
- *Su transmisión no es un acto ni un instante, es un proceso “dosificado” que requiere tiempo. Debe preservar la esperanza.*
- *Ejemplos de malas noticias: Dolencia estigmatizadora. Sentencia de muerte, Muerte o malformaciones de recién nacido, Secuela invalidante definitiva.*
- *¿Cómo proceder?: Algunas sugerencias:
./ ¿Qué sabe?
./ ¿Cuánto quiere saber? ¿La verdad?*

./ ¿Qué esperar? (pronóstico)

./ Informar y compartir

Guía 12: LA DESPEDIDA

- *Demostración del afecto suscitado entre Médico y Paciente*
- *Acto de esperanza y fe para alcanzar el mejor de los resultados.*
- *¿Compartir la incertidumbre?*

Guía 13: EL AMBIENTE FÍSICO: Tener en cuenta los siguientes aspectos:

- *Lugares de acceso*
- *La habitación: Mobiliario. Decoración. Iluminación. Limpieza. Ruidos*
- *La camilla: equipamiento. Sábanas*
- *Confort mínimo: calefacción, refrigeración*
- *Privacidad: evitar interferencias e interrupciones*
- *Sítios de higiene: baño. Lavatorio*
- *Equipamiento: Instrumental. Fichero. Computadora. Escritorio*

Guía 14: LA PRESENTACIÓN DEL MÉDICO.

Aspecto personal: Debe auto responder satisfactoriamente a las siguientes preguntas:

- *¿Cómo visto? importancia del guardapolvo o chaquetilla*
- *¿Cómo huele mi persona?*
- *¿Como hablo?*
- *¿Como me muevo?*
- *¿Como miro?*
- *¿Cómo impresiono?*

CONCLUSIÓN

- ./ Establecer una buena relación médico paciente es cada vez más necesario en el acto médico.
- ./ Este procedimiento no debería ser desconocido o improvisado por el profesional, para poder llevarlo a cabo de modo idóneo.
- ./ Requiere de un aprendizaje permanente, integrado por la información y la experiencia
- ./ Incluye los elementos técnicos y humanos básicos para una comunicación adecuada, que permita alcanzar los objetivos de la medicina, es decir ayudar a solucionar el problema de salud/enfermedad que aqueja a la persona consultante.

BIBLIOGRAFIA

1. Lain Entralgo P. La relación médico enfermo. Madrid: Revista de Occidente. 1964.
2. Césarman E. Ser médico. México DF: Grupo Editorial Porrúa. 1998.
3. Moreno Rodriguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000;39:106-14.
4. Burbinski B, Nasser M. Reflexiones acerca de las relaciones médico-paciente. Arch Argent Pediat. 1990;97(11):43-6.
5. Rodriguez Arce MA. La relación médico paciente. Editorial Ciencias Médicas. La Habana. 2008
6. Juarez MP: Relación médico consultante. Ediciones Nuevos Tiempos. Buenos Aires. 2015
7. D' Ottavio Callegari E et al, ETHICA 96:25, 2015
8. Dain A: Como razonar en medicina. EDUVIM. Córdoba. 2014