



Journal of Healthcare Quality Research

www.elsevier.es/jhqr



CARTAS AL DIRECTOR

Desafíos actuales de la relación médico-enfermo. ¿Un cambio en la calidad asistencial?



Actual challenges in the doctor-patient relationship. ¿A change in the quality of health care?

Sra. Directora:

Desde que en los albores de la humanidad unos hombres se dedicaron de forma casi exclusiva a la atención de sus homónimos enfermos, se gesta una especial modalidad de relación interpersonal: la relación médico-enfermo (RME). Esta relación ha ido modificándose con la transformación de la sociedad, y los cambios socioeconómicos y culturales. Con independencia de las circunstancias históricas la RME siempre ha estado condicionada por principios éticos, y en cada etapa los principios deontológicos han estado sometidos a estudio, crítica y debate^{1,2}. Ahora bien, constituye una realidad incuestionable que el avance en el conocimiento médico ha experimentado un avance radical desde el pasado siglo hasta el actual con relación a toda la historia previa, de tal forma que las posibilidades en la intervención en los procesos de salud y enfermedad de los pacientes adquieren actualmente un alcance muy superior al de tiempos pretéritos, que repercuten directamente sobre la calidad en la asistencia sanitaria³. En la actualidad, el avance del conocimiento médico afecta de forma directa a esferas esenciales del ser humano que abarcan desde la concepción y nacimiento (inseminación artificial, interrupción del embarazo...) hasta la forma de afrontar la muerte (eutanasia). Con independencia de los avances estrictamente sanitarios es incuestionable la creciente influencia de ciertos movimientos sociales que reivindican distintos derechos civiles: los derechos de las minorías, de la mujer, movimientos pacifistas, estudiantiles, ambientalistas..., representando una influencia cada vez más creciente de las instituciones en la vida de las personas. Vinculados a estos sucesos, la aparición de los «derechos de los pacientes», cuya máxima expresión es la teoría y práctica del «consentimiento informado» y el desarrollo de la bioética, habrán de modificar los principios éticos tradicionales que regían la RME, basados en la beneficencia y no maleficencia, incluyendo 2 nuevos principios: la autonomía del paciente y la justicia, ejercida esta última por la sociedad a través de sus instituciones sanitarias⁴. Por tanto, asistimos a un escenario en el que la relación paternalista tradicional es sustituida por un novedoso escenario en el que los pacientes, o en su defecto, sus representantes

legales, son elementos activos para que el proceso de decisión diagnóstico-terapéutico sea éticamente aceptable.

En consonancia con lo anteriormente establecido, en la actualidad la RME podría definirse como una relación interpersonal basada en connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de la salud, aunque difícilmente esta relación humanitaria puede estar presente si el médico no establece con el enfermo una relación temporal, psicológica, manual, profunda, solidaria y profesional⁵. En modo alguno tal relación debe fundamentarse en aspectos únicamente tecnológicos ya que ha de primar ante todo el factor humano.

Pese a la tecnificación y despersonalización actual de la asistencia sanitaria, es deber del personal facultativo asumir que su relación profesional con el enfermo ha de basarse en los siguientes factores:

- El respeto que inspiran sus conocimientos técnicos en una profesión de alto impacto social.
- La elevada expectativa por parte de la población de que manifieste un adecuado conocimiento a su alta responsabilidad.
- Su condición fundamental en la prestación de un servicio de gran impacto sociosanitario como es promover y restablecer la salud.
- La demanda de una constante disposición a la relación de ayuda sin aspiración de reciprocidad.
- El requerimiento de un cuidadoso planteamiento de cada una de sus acciones para evitar errores (iatrogenia) de gran impacto sanitario.

Otros aspectos a tener en cuenta en esta relación son los objetivos que persigue el paciente, sujetos tanto al estado afectivo como a la posición de ambos. El médico como profesional es ubicado por el paciente en una posición de superioridad, por lo que es misión del mismo equilibrar esta situación.

Pero no podemos olvidar que en la actualidad 2 circunstancias han modificado la RME. Por una parte, en ciertos aspectos de la salud pública predomina una «relación comercial» entre médico y enfermo, convirtiéndose el primero en un mero suministrador de recursos y el segundo en un comprador de los mismos con las exigencias que esto supone: incremento de los errores médicos, violación de la ética médica y aumento de las demandas judiciales⁶. Por otra parte asistimos al hecho de que el desarrollo tecnológico actual ha distorsionado la esencia del acto médico, creando en los pacientes la falsa creencia de la «infalibilidad tecnológica»⁷.

Ambas situaciones han mermado la habilidad en la práctica diagnóstica expresada en el abuso de procedimientos y técnicas no siempre necesarias (medicina defensiva)⁸.

A ello se añade un nuevo factor, que altera la relación terapéutica: la aparición de un nuevo tipo de paciente, denominado por distintos autores⁹ como experto, activo o inteligente, que precisa de la superación de arcaicos arquetipos con el surgimiento de un tipo de RME denominada con múltiples términos: relación consensual, medicina asertiva, reconocimiento recíproco o nuevo paternalismo. Todas estas acepciones representan la necesidad de superar la aparente contraposición entre «paternalismo» y «autonomismo» en la búsqueda de una relación consensuada que permita obtener beneficios de los aspectos positivos de ambas actitudes¹⁰.

En conclusión, podemos afirmar que asistimos a un escenario de transición inacabada desde el secular paternalismo por parte del facultativo a la autonomía del paciente, siendo el derecho positivo el que ha impuesto un régimen legal de obligado cumplimiento. En este sentido ha de propugnarse que sea el médico quien lidere la relación terapéutica a través de una RME, que basada en la adopción de un nuevo «principio de paternalismo», respete el derecho a decidir del paciente como eje fundamental del principio de autonomía, y rehabilite la confianza entre ambos como mecanismo eficaz para restablecer la autoridad moral del médico en su relación con el paciente.

Bibliografía

1. Charon R. What narrative competence is for. *Am J Bioeth.* 2001;11:62–3.
2. Ray A, Pathak-Ray V. Withering trust: Redefining the doctor patient relationship. *Indian J Ophthalmol.* 2018;66:1529–30.
3. Lanier C, Cerutti B, Dominicé Dao M, Hudelson P, Junod Perron N. What factors influence the use of electronic health records during the first 10 minutes of the clinical encounter? *Int J Gen Med.* 2018;9:393–8.
4. Şenel Eraslan B, Karadayı B, Çakı İE, Aslan N, Varlık Tokgözoğlu E, Kılıç Ç, et al. Legal and ethical responsibilities of physicians in coercive situations, such as natural disasters. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg.* 2018;24:440–4.
5. Mahjoub M, Ben Fredj S, Bouafia N, Bouriga R, Ben Jalleb N, Njah M. Promoting safety culture through health-care professional-patient relationship's improvement. *Tunis Med.* 2018;96:135–41.
6. Heymann AA. paradigm shift: From doctor-patient to payer-patient relationship. *Br J Gen Pract.* 2018;68:438–9.
7. Mars M, Morris C, Scott RE. Selfie Telemedicine - What Are the Legal and Regulatory Issues? *Stud Health Technol Inform.* 2018;254:53–62.
8. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases.* 2018;6:406–9.
9. Cocco AM, Zordan R, Taylor DM, Weiland TJ, Dilley SJ, Kant J, et al. Dr Google in the ED: Searching for online health information by adult emergency department patients. *Med J Aust.* 2018;209:342–7.
10. Kahana B, Yu J, Kahana E, Langendoerfer KB. Whose advocacy counts in shaping elderly patients' satisfaction with physicians' care and communication? *Clin Interv Aging.* 2018;25:1161–8.

J.D. Sánchez López^{a,*}, J. Cambil Martín^b,
M. Villegas Calvo^b y M.L. Moreno Martín^c

^a Área de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Campus de la Salud, Granada, España

^b Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada, Granada, España

^c Unidad de Anestesiología y Rehabilitación, Complejo Hospitalario Universitario Granada, Campus de la Salud, Granada, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico:

josed.sanchez.sspa@juntadeandalucia.es

(J.D. Sánchez López).

Disponible en Internet el 25 de marzo de 2019

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.11.003>

2603-6479/

© 2019 FECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Seguridad del paciente con cáncer de mama y depresión: uso concomitante de paroxetina y tamoxifeno



Patient safety with breast cancer and depression: Concomitant use of paroxetine and tamoxifen

Sra. Directora:

En el año 2012 el cáncer de mama ocasionó la muerte de más de medio millón de mujeres. Este es el tipo de neoplasia más frecuente y, en la mayoría de los casos, es positivo

para los receptores hormonales (RE⁺), lo cual se asocia con la administración de un modulador selectivo del receptor de estrógenos, el tamoxifeno, cuyo empleo durante un período de 5 años disminuye las recurrencias y la mortalidad durante los primeros 15 años de seguimiento en un 40 y un 30%, respectivamente. El tamoxifeno es un fármaco que se transforma en endoxifeno por la acción de las isoenzimas 2D6 del citocromo P450 (CYP2D6). Por consiguiente, el genotipo CYP2D6 puede influir sobre la respuesta al tratamiento^{1,2}.

El trastorno depresivo mayor puede aparecer hasta en el 30% de las pacientes con cáncer de mama. Existen numerosos fármacos que inhiben las isoenzimas CYP2D6. Esto puede disminuir los niveles de endoxifeno, especialmente en pacientes metabolizadores lentos. En este sentido debe destacar la combinación de tamoxifeno con determinados