

^a *Unidad Generadora de Evidencias y Vigilancia Epidemiológica, Scientia Clinical and Epidemiological Research Institute, Trujillo, Perú*

^b *Escuela de Posgrado, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú*

^c *Instituto Peruano de Estudios Andinos Naanintsik (IPEAN), Huaraz, Perú*

^d *Facultad de Ciencias Sociales, Educación y de la Comunicación, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jgalvezo@scientiaceri.com (J. Galvez-Olortegui).

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.09.002>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Del papel a las nuevas tecnologías en la comunicación con nuestros pacientes



From paper to new technologies in communication with our patients

Sra. Directora:

He leído con gran interés el artículo publicado por Mariscal-Crespo et al.¹ sobre la legibilidad de los documentos de consentimiento informado escritos en España.

Los resultados de su estudio evidencian una gran diversidad entre comunidades autónomas, ausencia de organismos coordinadores que se encarguen de su revisión y, lo que es más preocupante, que en más de un 75% se considera «algo difícil» o «muy difícil» su legibilidad. Coincido con sus conclusiones, en las que demandan una actualización y mejora en este ámbito; sin embargo, no creo que el camino sea mejorar la legibilidad, sino más bien adoptar medidas encaminadas a procesos bien diferentes, como la promoción de novedosos modelos de consentimiento informado frente a la forma clásica de documento escrito. La Ley 41/2002 de autonomía del paciente² obliga a recabar el consentimiento informado escrito en procedimientos invasivos; probablemente este imperativo legal ha conducido a parte de los profesionales sanitarios a confundir el papel con un proceso mucho más complejo e integrador. La mayoría de los consentimientos informados son verbales en la práctica clínica, la teoría del consentimiento informado se fundamenta en el principio de autonomía del paciente, son requisitos indispensables para su obtención: voluntariedad, capacidad e información³; esta última ha de ser de calidad, administrada de acuerdo con la capacidad de comprensión y ofreciendo otros cursos de acción alternativos para que el paciente elija libremente entre las opciones disponibles.

Se ha documentado que parte de los pacientes que firmaron su consentimiento lo hicieron sin conocer realmente lo que estaban haciendo⁴ y es una realidad que los clínicos hemos presenciado escenarios en los que los pacientes no se han leído la documentación aportada, dirigiéndose directamente a la firma del mismo. ¿No es eso paternalismo médico con firma de consentimiento informado? En la era de las nuevas tecnologías parece difícil de comprender el retraso que en este procedimiento estamos teniendo los profesiona-

les sanitarios en su incorporación; es cierto que la legislación actual puede suponer un obstáculo más a este tipo de innovaciones, pero no podemos refugiarnos en este argumento para no mejorar el proceso de consentimiento informado. Poblaciones vulnerables, como por ejemplo aquellos con un menor nivel cultural, están expuestas a procedimientos subóptimos de consentimiento informado con el modelo actual. Parece indiscutible que una imagen vale mal que mil palabras, la utilización de vídeos explicativos de consentimiento informado son de fácil acceso a través de teléfonos móviles, tablets y otros dispositivos. Su diseño ha de ser realizado con la participación de los profesionales a través de sus sociedades científicas, pero también de los ciudadanos y las asociaciones de pacientes con la intención de acercarnos a la realidad de nuestros enfermos y las necesidades de información que se plantean ante los diferentes procedimientos. Hemos presenciado recientemente experiencias en ámbitos ajenos a las Ciencias de la Salud, como el sector financiero, en los que se ha demostrado que la firma de un documento escrito no representa que el firmante hubiera recibido la información adecuada. Hubo un tiempo en que un apretón de manos refrendaba un acuerdo; actualmente hemos de recurrir a la firma y en un futuro no muy lejano habrá que plantear otros mecanismos, como por ejemplo el video-consentimiento informado o a través de direcciones web⁵. La validación de estas formas de comunicación con nuestros pacientes no será tarea fácil, pero parece más lógica que la situación actual en la que prepondera la burocratización de una medicina alejada de las verdaderas necesidades de nuestros pacientes; no se trata de mejorar el tamaño de la letra o disminuir el número de páginas de los documentos de consentimiento informado, sino de ofrecer verdaderas herramientas útiles fundamentadas en la esencia del consentimiento informado, que no es más que la promoción de la libertad de nuestros pacientes para elegir estando bien informados. La caída del paternalismo médico fue esencial en la bioética moderna de finales del siglo xx, dando paso a la era de la autonomía del paciente, que el consentimiento informado sea concebido más allá de un documento médico legal es una obligación ética que hemos de transmitir a nuestros pacientes y sobre todo a los profesionales sanitarios. Ese esfuerzo precisa de un compromiso de la administración sanitaria que ha de reconocer que la diversidad actual documentada en el estudio de Mariscal-Crespo et al.¹ es inaceptable desde un punto de vista ético, siendo difícil de explicar por qué los pacientes de una comunidad autónoma reciben una mejor

información que los atendidos a unos pocos kilómetros de distancia.

Parece comprensible que a finales del siglo xx se discutiera sobre la legibilidad del consentimiento informado, pero ha llegado el momento de cuestionar si no estamos desaprovechando las nuevas herramientas de comunicación que se nos ofrecen, estas pueden conducirnos a la esencia del consentimiento informado, que no es más que la promoción de la autonomía del paciente. Las diferencias territoriales observadas no sorprenden, se dan en otros campos de la medicina de nuestro país, más bien son esperadas en un sistema sanitario en el que las competencias en materia de salud fueron transferidas a las comunidades autónomas dibujando un panorama en el que la equidad es bastante mejorable. Siempre nos quedará la ética, que es universal y no entiende de políticas sanitarias; los profesionales de la salud tenemos la palabra.

Bibliografía

1. Mariscal-Crespo MI, Coronado-Vázquez MV, Ramirez-Durán MV. [Global analysis of the readability of the informed consent

- forms used in public hospitals of Spain] Spanish. *Rev Calid Asist.* 2017;32:200–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2017.01.003>
2. Ley 41/2002, de 14 de Nov, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. p. 40126-32. Ref BOE-A-2002-22188.
3. Simón Lorda P, Júdez Gutiérrez J. [Informed consent] Spanish. *Med Clin (Barc).* 2001;117:99–106.
4. Grady C. Enduring and emerging challenges of informed consent. *N Engl J Med.* 2015;372:855–62.
5. Wee R, Henaghan M, Winship I. Dynamic consent in the digital age of biology: Online initiatives and regulatory considerations. *J Prim Health Care.* 2013;5:341–7.

Á. Estella

Unidad de Gestión Clínica de Urgencias, Hospital de Jerez, Jerez de la Frontera, Cádiz, España
Correo electrónico: litoestella@hotmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.cali.2017.09.001>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): ¿esa gran conocida? Reflexiones sobre cómo mejorar la calidad diagnóstica



COPD: the great unknown? A note on how to improve diagnostic accuracy

Sra. Directora:

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como una enfermedad respiratoria caracterizada por una limitación crónica al flujo aéreo que no es totalmente reversible, y que se encuentra en relación con una respuesta inflamatoria anormal de los pulmones a partículas nocivas y gases, principalmente a derivados del humo de tabaco. En España el estudio EPI-SCAN estima que 2.185.764 de españoles padecen EPOC lo que representa un 10,2% de la población con edad superior a 40 años. A pesar del gran impacto sociosanitario que representa la EPOC, España presenta una tasa de infradiagnóstico en torno al 73%¹ y de sobrediagnóstico de hasta el 40%². Ante este alarmante porcentaje es obligatorio cuestionarse las razones que generan la problemática en el diagnóstico de la EPOC debiendo «echar mano» de la memoria histórica.

Durante finales del siglo xvii y mediados del xix se desarrolla la Revolución Industrial en Inglaterra. La creación de fábricas y el desarrollo de nuevas tecnologías aplicadas como la invención de la máquina de vapor produjo un aumento de la contaminación ambiental. En 1814, Badham utiliza el concepto de bronquitis crónica y lo separa del concepto aplicado habitualmente a los procesos supurativos

parenquimatosos de la época como eran las bronquiectasias posttuberculosis. En 1846, Hutchinson inventa el espirómetro debiendo esperarse cien años para que Tiffeneau y Pinelli añadieran un temporizador a este dispositivo que permitiera cuantificar y relacionar el volumen de aire espirado con el tiempo que se precisa para exhalar, naciendo lo que hoy conocemos como índice de Tiffeneau (volumen espirado en el primer segundo /capacidad vital). Dicho cociente supuso una revolución en Neumología ya que se tenía así la posibilidad de cuantificar la limitación al flujo aéreo.

En 1958 se organiza el simposio CIBA apareciendo el concepto «enfermedad pulmonar crónica no específica» que englobaba a la bronquitis crónica, al enfisema y el asma. La definición utilizada para catalogar a dicha enfermedad era la presencia de tos con expectoración asociada a disnea persistente o paroxística siempre y cuando se hubieran descartado la enfermedad pulmonar localizada, enfermedades pulmonares infectivas generalizadas, neumoconiosis, enfermedades del colágeno y fibrosis pulmonar, enfermedad cardiovascular-renal, enfermedades de la pared torácica o psiconeurosis. Y es en dicho simposio donde se introduce el concepto de obstrucción irreversible al flujo aéreo indicando la necesidad de realizar una espirometría en este tipo de enfermedades. Pero no fue hasta 1965 cuando, gracias a la propuesta realizada por el Medical Research Council de Londres, se publica el acrónimo EPOC, siendo en 1987 cuando se establece el primer tratado diagnóstico el cual especifica el uso imprescindible de la espirometría en el abordaje de esta enfermedad. Así mismo en dicho tratado ya se describe que no todo paciente fumador desarrollará EPOC³, dato que se confirmó en estudios poblacionales más recientes describiéndose que no más del 25% de los fumadores desarrollan la patología⁴.