

**DEPARTAMENTO DE FISIOLÓGÍA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES**

Conversaciones sobre la buena práctica médica

Curso de Fisiología 2000

Ximena Páez
Laboratorio de Fisiología de la Conducta

CONTENIDO

Primera sesión

Introducción

Preguntas a los estudiantes sobre porqué escogió medicina etc.

Ejemplos de quejas de los pacientes

Discusión de casos (14)

Segunda sesión

Revisión de las causas que ocasionaron las fallas en los casos discutidos

Discusión de términos: ética, moral, deberes, profesión, servicio, usuario, contrato, derechos.

Derechos de los pacientes

El médico ideal, opiniones

Tercera sesión

Revisión de la segunda sesión

Cómo manejar el error médico

Lecciones de un graduado de medicina

Discusión de grupos de algunas reglas de los libros del Dr. C.K.Meador

Encuesta

Cuarta sesión

Cine – foro de la película PATCH ADAMS con Robert Williams

Conclusiones

Constancia de asistencia

CONVERSACIONES SOBRE LA BUENA PRÁCTICA MÉDICA

PRIMERA SESIÓN

“Warm up”

¿PORQUÉ ESTUDIÓ MEDICINA?

¿CUÁL ES LA FUNCIÓN DEL MEDICO EN SU OPINIÓN?

¿QUÉ ES PARA Ud. ÉTICA?

¿QUÉ TIENE QUE VER LA ÉTICA CON LA MEDICINA?

QUEJAS DE LOS PACIENTES-USUARIOS

“No escuchar al paciente”

“No ocuparse del paciente”

“Aprender a defenderse del médico y a cómo obtener un buen servicio”

“Recordar que la relación entre médicos y pacientes es entre seres humanos”

DISCUSIÓN DE CASOS

CASO 1

El enfermo busca ayuda y va a la consulta de un médico afamado. Tiene que esperar ser atendido por orden de llegada. Espera por 4-6 horas. Cuando le llega su turno, ya es muy tarde en la noche, el médico lo atiende rápidamente luego de haber visto unos 12-15 pacientes. El paciente se va sin haberle podido referir y consultar todo lo que quería.

- ¿Qué opina Ud. si Ud. fuera ese enfermo?
- ¿Qué haría Ud. cómo médico?
- ¿Cómo cree que sería tomada la historia clínica?

CASO 2

El enfermo fue al médico, le ordenó unos exámenes y cuándo vuelve a la consulta se encuentra en un pasillo con el médico que está con otras personas. El médico le informa que los resultados indican que tiene una enfermedad por transmisión sexual.

- ¿Qué opina de la actitud del médico?
- ¿Cómo se sentiría Ud. de ser ese paciente?

CASO 3

El paciente va a una emergencia privada para que lo vea el cardiólogo por que tiene la presión arterial muy alta (229/140mmHg, normal 120/80). El médico lo ve, anota algo en un formulario, no lo deja hablar y le da indicaciones a la enfermera que le hace un EKG y toma la tensión arterial. No ve más al médico pero sí recibe una cuenta elevada.

- ¿Qué pensaría Ud. de ser el paciente?

CASO 4

En una emergencia pública mientras los pacientes esperan ser atendidos por diferentes motivos, por ejemplo un dolor abdominal agudo, un dolor de cabeza intenso, una la madre con su niño que tiene fiebre muy alta, se ve a los médicos conversando o contando chistes, hablando por teléfono o tomando café. Y cuando alguien osa preguntar que quién lo atenderá y cuándo, le responden agriamente "Espere que lo llamemos".

¿Qué opina de esto?

¿Cómo quisiera Ud. que fuera la situación de ser Ud. el paciente?

CASO 5

Una persona lleva a un familiar enfermo con un cuadro agudo neurológico a una emergencia y las médicos mientras lo están examinando comentan entre ellas qué zapatos compraron en tal centro comercial, y adónde y con quien saldrán esa noche.

¿Cree que esto puede afectar el resultado de la atención médica?

CASO 6

Un paciente siente un "áleteo" en el pecho va a una emergencia y le dicen que es taquicardia, luego va a un hospital reconocido allí espera 5 horas y le dicen que es un problema cardíaco, luego va a otro hospital a ver un cardiólogo que le recomiendan y allí le dicen que el corazón está resentido, luego va a otro hospital mas dónde un especialista de hipertensión arterial que sin tomarle la tensión arterial, le dijo que el problema era la tensión alta y le prescribe un medicamento. El enfermo decide controlarse la presión arterial en la farmacia, y la tiene en 120/80 en varias tomas en días sucesivos, así que decide tratarse por su cuenta.

¿Si Ud. fuera el paciente qué hubiera querido?

CASO 7

El paciente va al mismo médico en varias oportunidades por la misma causa, pero no mejora y cada vez recibe tratamientos diferentes. Cuando el paciente le pregunta al médico que qué será lo que tiene, el médico se molesta con el paciente y termina la consulta allí.

¿Qué cree que está mal?

CASO 8

El paciente va a la farmacia a comprar el medicamento indicado por el médico por que "se le baja el azúcar". El dependiente le dice que lo que está en el recípe es sucralfato que es para el estómago y el paciente dice "pero yo no tengo nada en el estómago"!!

¿ Qué cree que ha podido pasar en esta situación?

CASO 9

El paciente luego de estar hospitalizado dos meses continúa mal y sin diagnóstico. La familia decide llevarlo a otro centro y pide un informe de lo que le han hecho al paciente. El médico tratante se niega a hacerlo.

¿Cuál es su opinión de esta situación?

CASO 10

A un paciente lo van a operar de emergencia en una clínica. El paciente tenía dolor abdominal, le hicieron un ultrasonido y reportaron que la vesícula está agrandada. El cirujano decide operarlo. Por casualidad su cardiólogo se entera de la situación y ve al paciente, lo encuentra en franca insuficiencia cardíaca descompensada con aumento del tamaño y dolor del hígado. Tanto el médico que hizo el ultrasonido como el cirujano no se habían enterado que el paciente era un cardiópata, ni tampoco detectaron el estado del paciente.

¿Qué opina Ud. sobre el caso? ¿Cómo fueron las actuaciones de los diversos médicos que vieron al paciente?

CASO 11

El cirujano opera a un paciente con un tumor cerebral, al salir informa a la familia que la operación fue un éxito, que extirpó todo el tumor. A la semana cuando van a la consulta por los resultados, el médico les dice fríamente que el tumor es maligno y que no lo pudo sacar todo. Después la familia sabe que se hizo una biopsia extemporánea durante el acto operatorio que dio ya el resultado de malignidad.

¿Cuál hubiera sido su reacción si Ud. era un familiar cercano al paciente?
¿Qué hubiera esperado del médico?

CASO 12

El paciente comienza a tomar un tratamiento muy necesario para la patología que le diagnostican, mientras continúan los exámenes para completar su estudio. Para hacer un examen especializado le suspenden el tratamiento hasta nuevo aviso. Cuando le hacen el examen, le dicen que busque los resultados en 15 días. El paciente se comienza a sentir mal de nuevo y no tiene a quien ni donde preguntar si puede volver a tomar el tratamiento.

¿Cuál es su opinión?
¿Qué debería hacerse en estos casos?

CASO 13

El asegurado va al médico de la institución por x causa, al final de la consulta, le pide la médico que le añada algunos medicamentos y vitaminas porque se las dan gratis si están indicadas en el recípe. El médico le escribe una larga lista. Se despiden muy contentos tanto el médico cómo el paciente.

¿Ud. cree que hay alguna falla en esto?

CASO 14

Como parte del estudio del caso, a un paciente le realizan un examen que implica riesgo. Una hora después de realizado el examen, el paciente regresa chocado de dolor, lo ingresan y operan de emergencia. Luego de dos meses de una serie de complicaciones fallece. El médico que indicó el examen nunca explicó los riesgos al paciente ni familia, ni después fue nunca a ver a la paciente.

¿Qué opina Ud. de este caso?

XP 6/2000

SEGUNDA SESIÓN

°Revisión de las causas de las fallas en los casos discutidos en la primera sesión.

°Discusión de términos

Eficiencia

Ética

Moral

Obligaciones

Acciones

Bioética

Deontología

Servir, servicio

Profesión

Usuario

°°*Warm up*°°

¿Cuáles son los derechos de los pacientes en su opinión?

¿Cómo sería para Ud. un “*doctor ideal*”?

GLOSARIO

AUTONOMÍA

La habilidad de libremente determinar el curso de nuestra propia vida. Etimológicamente, lleva a las palabras griegas para uno mismo y ley. Este término está fuertemente asociado con Immanuel Kant, para quien significa la habilidad para dar la ley moral a uno mismo.

BIOÉTICA (v. Etica Médica)

°Es el estudio de los juicios de valor pertinentes a la conducta humana en el área de la biología e incluye esos relacionados a la práctica médica.

°Las implicaciones morales de la ciencia, la medicina y la investigación.

DEONTOLOGÍA

Cualquier posición en ética la cual clama que lo correcto o incorrecto de las acciones dependen de si ellos corresponden o no a nuestro deber. La palabra deriva de la palabra griega *deon*, deber.

DERECHOS

Son calificaciones para hacer algo sin la interferencia de otra gente (derechos negativos) o calificaciones que obligan a otros a hacer algo positivo para asistirlo a Ud. (derechos positivos). Algunos derechos (naturales o humanos) pertenecen a todos por naturaleza o por simple virtud de ser humano; algunos derechos (legales) pertenecen a la gente por virtud de ser miembros en un particular estado político; otros derechos (morales) están basados en la aceptación de una teoría moral particular.

EFICIENCIA

Virtud y facultad para lograr un efecto determinado. Acción con que se logra este efecto.

ÉTICA:

°Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.

°*ethics is easy life is hard*

MacLean Center for Clinical Medical Ethics

University of Chicago

°La reflexión filosófica explícita sobre creencias y prácticas morales. La diferencia entre ética y moral es similar a la diferencia entre musicología y música. Ética es un paso consciente hacia atrás y reflexión sobre la moral, así como la musicología es una reflexión consciente sobre la música.

ETICA MÉDICA

Estudio de temas morales en los campos del tratamiento médico y la investigación.

EUDAIMONIA

Esta es la palabra que Aristóteles usa para felicidad. Viene del griego *eu*, el cual significa feliz o bien o armonioso, y *daimon*, el cual se refiere al espíritu del individuo.

MEDIOS

Los filósofos con frecuencia contrastan *medios* con *fines*. Los *fines* que buscamos son las metas que tratamos de alcanzar, mientras que los *medios* son las acciones o cosas las cuales usamos a fin de realizar esos fines. Un martillo provee los medios para clavar un clavo en un pedazo de madera. Algunos filósofos, mas notablemente Immanuel Kant, han argumentado que nunca deberíamos tratar a los seres humanos meramente como medios para un fin.

MORAL

°Pertenece o relativo a las acciones de las personas desde el punto de vista de la bondad o malicia; es de la apreciación del entendimiento o conciencia.

°El conjunto de acciones, motivos, rasgos, etc. que están abiertos a evaluación moral, lo que es, que puede ser dicho ser moralmente bueno o moralmente malo.

MORALIDAD

Se refiere a las creencias y prácticas de primer orden acerca de lo bueno y lo malo por medio de las cuales guiamos nuestras conductas. Contrasta con ética, la cual es una consideración reflexiva de segundo orden de nuestras creencias y prácticas morales.

OBLIGACIONES

Imposición o exigencia moral que debe regir la voluntad libre; vínculo que sujeta a hacer o abstenerse de hacer una cosa, establecida por precepto de ley, por voluntario otorgamiento o por derivación recta de ciertos actos.

PROFESION

Ocupación que comparte ciertas características comunes y provee un importante servicio a la sociedad.

SERVICIO

Trabajo determinado realizado en beneficio de alguien.

SERVIR

Desempeñar ciertas funciones o cumplir con unos deberes para con una persona o colectividad, ser útil, ser apto.

USUARIO

Persona que emplea un servicio.

UTILITARISMO

Una teoría moral que dice que derecho moral es todo aquello que produce la mas grande cantidad de placer (utilitarismo hedonista) o felicidad (utilitarismo eudaimoinistico). Algunos utilitarios claman que nosotros deberíamos pesar las consecuencias de cada acción individual, mientras otros mantienen que deberíamos mirar las consecuencias de adoptar reglas de conducta particulares.

Fuentes:

Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española 1981
Traducido y modificado de Lawrence M. Hinman en Ethics Updates,
Bioethics.net, Center for Bioethics, University of Pennsylvania.

XP, junio 2000

TERCERA SESIÓN

- ° Revisión de la segunda sesión
- ° Cómo manejar el error médico
- ° Lecciones de un graduado de medicina
- ° Discusión en grupos sobre las "reglas" de los médicos del Dr. Meador, agrupadas por categorías.
- ° Conclusiones
- ° Encuesta

EL ERROR EN MEDICINA Y CÓMO MANEJARLO

Tomado, traducido y modificado de Snyder L., Brennan T.A. Disclosure of error and the threat for malpractice. En: Ethical Choices. Case Studies for Medical Practices. Snyder, L. ed. American College of Physicians, Philadelphia, 1996.

Historia del Caso

El Dr. Howard McGregor estaba preocupado por su actividad práctica muy apretada. Hace 3 años veía solo nueve pacientes por sesión de medio día y ahora ve un promedio de dieciseis por sesión.

Hoy ve a Karen Madner de 53 años, quien es su paciente desde que ella estaba en sus 30. Ella tenía preocupación por los riesgos del cáncer de seno, pues su madre y hermana murieron por eso en sus 40-50 años.

La última consulta fue hace 16 meses aproximadamente. La paciente acostumbraba ir cada año para citología cervical y mamografía. Revisando la historia antes de que la paciente entre al consultorio, el Dr. McGregor se choca al encontrar que en el reporte del mamograma previo (de hace 16 meses) se sugería una anormalidad e indicaba control en 4 meses. La nota del radiólogo era explícita acerca de la naturaleza sospechosa de la lesión y de la necesidad del seguimiento. El Dr. McGregor no tenía idea de cómo se le pudo haber pasado esto por alto. Al examinar a la paciente encuentra un nódulo palpable en el sitio de la lesión indicada en la mamografía. El Dr. McGregor está irritado y nervioso. Le pregunta a la paciente si se ha hecho el autoexamen de los senos y ella responde que se lo hace siempre. El Dr. McGregor le pide una mamografía de inmediato y la refiere urgentemente al cirujano de mama.

La Sra. Madner pregunta ¿Qué pasa?, la última vez todo estuvo bien, pero el Dr. McGregor NO SE DETIENE EN EXPLICACIONES. Después de que la paciente sale, el doctor reflexiona en que la Sra. Madner es una madre sola que trabaja para mantener sus dos hijos y que el tratamiento del cáncer podría tener un impacto significativo en su capacidad para seguir trabajando. Se pregunta si tendrá seguro de incapacidad y toma nota para preguntarle.

El Dr. McGregor llama a su colega con mas experiencia, la Dra. Rendler, para pedir consejo. La Dra Rendle se sorprende de que el Dr. McGregor no discutió detenidamente con la paciente. La Dra. Rendler cree que una completa apertura de los errores cometidos con los pacientes es lo mejor. Ella explica que en casos similares el resultado siempre HA SIDO LO

MEJOR CUANDO UNO COMPARTE HONESTAMENTE LOS ERRORES DE UNO CON EL PACIENTE. Los pacientes demandarán probablemente menos si están bien informados y estarán en mejor capacidad para enfrentar la enfermedad.

El Dr. McGregor piensa en qué hacer. ¿Qué debería decidir?

Comentario

ERRAR ES HUMANO. Nadie está inmune a ello. Pero cuando los médicos se equivocan los costos pueden ser muy altos. No se trata de eliminar el error pues una vez cometido es imposible hacerlo.

Los médicos ven sus errores como fallas propias- pues tratan de alcanzar la perfección, pero quizá la única gente que demanda mas perfección en la medicina que los médicos mismos son los pacientes. A veces los pacientes tienen EXPECTATIVAS NO REALES acerca de la medicina, de los médicos y acerca de la posibilidad de error en la prestación de atención médica. Esto también influye en cómo manejan errores los médicos. Los médicos deberían TENER BIEN INFORMADOS A LOS PACIENTES Y AYUDARLOS A TENER EXPECTATIVAS RAZONABLES. Los pacientes entonces pueden RAZONABLEMENTE ESPERAR que sus médicos les brinden atención y seguimiento apropiados. Es OBLIGACIÓN del médico hacer esto.

Por supuesto los errores deberían ser prevenidos siempre que sea posible. Pero una serie de errores son inevitables, algunas veces debidos a negligencia , algunas veces no. Y el potencial para errores es grande en ambientes como la medicina y lugares como los hospitales. En el estudio Harvard sobre la práctica médica en hospitales se encontró entre los egresos en una muestra al azar de 51 hospitales , que el 1% de pacientes sufrió daño como resultado de negligencia (1). En otro estudio los pacientes en unidades de cuidados intensivos estaban sujetos a un promedio de 178 *actividades* diferentes por día y a 1.7% de error por día, 29% de los cuales pudieron ser potencialmente serios o fatales (2). Reflexionando sobre este estudio el autor nota que 1.7 errores por día significa 99% de eficiencia. Pero encontrar 1% de error es mucho más de lo que se encuentra aceptable en industrias como la aviación o la energía nuclear. El concluye que aunque los profesionales de la salud están entre los profesionales más cuidadosos en nuestra sociedad, ellos no son eficientes en prevención de errores ya que tienen gran dificultad en manejar el error humano cuando este ocurre (2). Esto nos trae a colación el tema: cómo manejar el error y al mismo tiempo mantener las obligaciones éticas con el paciente y respetar sus derechos.

La tercera edición del Manual de Ética del Colegio Americano de Médicos indica a los médicos “dar información a los pacientes sobre errores cometidos en el curso de la atención, si tal información afecta al cuidado del paciente”. El Manual continua diciendo que “Los errores no necesariamente constituyen una CONDUCTA NO ÉTICA, NEGLIGENTE O IMPROPIA” (3). Pero la falla en NO HACER DEL CONOCIMIENTO DEL PACIENTE un error importante puede ser las tres cosas.

Es necesario e importante que el Dr. Mc Gregor tenga una larga discusión con su paciente, la Sra. Madner acerca de haber pasado por alto el reporte de la lesión en el mamograma. La Sra. Madner tiene derecho a la información que la afecta significativamente. Ella necesita tomar decisiones adicionales acerca de su atención y estar bien informada a fin de tomar decisiones junto con su médico el Dr. McGregor. “LA COMUNICACIÓN EFECTIVA MÉDICO –PACIENTE PUEDE DISIPAR INCERTIDUMBRE Y TEMOR y aumentar la curación y satisfacción del paciente” (3) . También puede ayudar a disipar rabia y confusión que con frecuencia contribuye a que los pacientes decidan demandar. El sistema legal no exige perfección sino que el médico practique con razonable cuidado como lo haría un médico con el mismo entrenamiento en similares circunstancias.

La comunicación efectiva aparte de potencialmente prevenir acciones legales, puede AYUDAR A MANTENER O RESTAURAR LA CONFIANZA necesaria para una buena relación médico paciente. En este caso, la Sra. Madner sabe perfectamente o sabrá dentro de poco que algo estuvo mal. El participar del error al paciente no depende de si el error es detectable o no por el paciente, sino de si la información acerca del error afectará significativamente o no la atención del paciente. Es NO ÉTICO NO DECIR NADA EN ESTE CASO, y esto llevará finalmente a destruir la relación.

Es lógico que el Dr. McGregor esté preocupado acerca de las consecuencias potenciales del error y de informarlo, y está pensando cómo abordar la discusión con el paciente y qué decirle. El Dr. Madner podría discutir más con la Dra Rendle para prepararse para la conversación con la Sra. Madner mientras mantiene la confidencialidad del paciente. El también está pensando en cambiar los procedimientos en su práctica y consulta lo que lo ayudara a evitar errores en el futuro, por ejemplo cambios en la atención al paciente y en el manejo de los reportes de los exámenes. RECONOCER UN ERROR Y ACEPTAR LA RESPONSABILIDAD por ello pueden ser los

primeros pasos en mejorar la calidad de la atención. Sin embargo debería hablar con su paciente cuanto antes y no retardar mas su atención.

El Dr. McGregor podía beneficiarse de cualquier ayuda de la Dra. Rendler o cualquier otro colega. El impacto emocional del proceso del error cobra un alto costo al médico. “La profesión médica parece simplemente no tener cabida para sus errores. No hay permiso para hablar de los errores ni modo de ventilar respuestas emocionales. Ciertamente, uno casi pensaría que los errores están en la misma categoría que los pecados...”(2). Los médicos deberían encontrar lugar para hablar de los errores, enfrentarse a ellos y a las respuestas, emociones que ellos generan, y aprender de ellos. Y continuar adelante.

Referencias:

1. Localio AR, Lawthers AG, Brennan TA, Laird NM, Herbert LE, Peterson LM, et al. Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III NEJM 1991, 325: 245-251.
2. Leape LL. Error in medicine. JAMA 1994, 272: 1851-1857.
3. American College of Physicians Ethics Manual. Third edition. 1992, 117: 947-960.
4. Hilfiker D. Facing our mistakes. NEJM 1984, 310: 118-122.

XP. Julio 2000.

Conversaciones sobre la buena práctica médica

Lecciones de un graduado de medicina

El siguiente es un fragmento tomado y traducido del prefacio del libro *The Michigan Manual of Clinical Diagnosis. The basis of cost-effective medical practice*. R.D. Judge, J.O Woolicroft, G.B.Zelenock , G.D Zuideman con P. Barr (Eds.) A Little Brown Lippincott- Raven Spiral Manual, Philadelphia, New York, 1998.

“En su discurso de graduación, Adam Goldstein, un estudiante de la Escuela de Medicina de la Universidad de Michigan en 1995, quien sufrió una seria enfermedad durante el cuarto año de la carrera, tuvo algunas cosas importantes que decir a sus compañeros. El les dio seis puntos que llamó *lecciones ocultas*.

Lección # 1: El DOLOR es REAL-... mi consejo es no ignorar la situación. No tema ser el que da la mano para que se la aprieten o ser el de la voz reconfortante. Hágale saber a su paciente que no está solo.

Lección # 2: VEA a CADA PACIENTE TODOS LOS DÍAS-... aun si es solo un minuto para decir “Hola, no hay nada de nuevo, pero estaba pensando en Ud. ¿Tiene alguna pregunta?” Y tome unos cinco segundos más para arrimar una silla y sentarse.

Lección # 3: Los AMIGOS, la FAMILIA y otras PERSONAS ESPECIALES para el paciente son PARTE IMPORTANTE del PROCESO de CURACIÓN-... trate de que participen en las discusiones que incluyen temas como el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico. Con frecuencia, sus pacientes no están en una posición mental o física para tomar decisiones importantes por ellos mismos.

Lección # 4: CONOZCA LO QUE UD. SABE Y CONOZCA LO QUE UD. NO SABE-... los pacientes aprecian y esperan la honestidad. No tema decir, “Yo no sé”. Le tomé más respeto a mi cardiólogo cuando admitió que no entendía completamente algunos aspectos de mi cáncer.

Lección # 5: Los PACIENTES EXPRESAN ENFERMEDADES SIMILARES DE DIFERENTES FORMAS-... trate a cada paciente de acuerdo

a sus necesidades. Haga un esfuerzo para tratar a cada paciente como un individuo.

Lección # 6: ABRA sus OIDOS y MENTE, no solamente su BOCA cuando HABLE con sus PACIENTES-... Ellos tienen toda la información que se necesita.

Amen, Adam.”

XP. Julio 2000

DISCUSIÓN DE ALGUNAS REGLAS DE LOS LIBROS DEL DR. CK. MEADOR

“A Little Book of Doctor’s Rules” Hanley & Belfus, Philadelphia, 1992
“A Little Book of Doctor’s Rules. A Compilation. Hanley & Belfus, Philadelphia, 1999.

Estas reglas han sido ordenadas por categorías para esta discusión:

1. Reglas relativas al médico
 - 1.1 respecto al conocimiento
 - 1.2 respecto al aprendizaje
 - 1.3 respecto a la comunicación
 - 1.4 respecto a la condición de servicio
 - 1.5 respecto a las consultas
 - 1.6 respecto a la malapraxis
2. Reglas relativas al paciente
3. Reglas relativas a la historia clínica, examen físico y diagnóstico
4. Reglas relativas a la terapéutica

1. Reglas relativas al médico

1.1 respecto al conocimiento

217. Las tres palabras más importantes que el médico debe saber:

“Yo no sé”

258. Conozca el daño

No dañe

1.2 respecto al aprendizaje

91. Escoja y compre uno de los libros de texto estándar de medicina
Compre la última edición siempre que se publique
Haga esto el resto de la carrera

1.3 respecto a la **comunicación**

417. El lenguaje es la herramienta más importante que tiene el médico
Aprenda a respetarlo y a usarlo sabiamente.
38. Nunca diga a un paciente sintomático “Ud. no tiene nada”
Esto es degradante e insultante.
191. Si Ud. y su paciente carecen de empatía, envíelo a otro colega.
252. Escriba para que otros puedan leerlo.
276. Hable *con* pacientes no *a* pacientes.

1.3 respecto a la **condición de servicio**

61. Ser un médico es un alto privilegio
No abuse de eso.
152. El buen médico de familia no tiene que ser un buen diagnosticador
pero debe ser un efectivo *manager* del paciente.
103. Cuando Ud. está de guardia, haga saber a la gente cómo
encontrarlo.

1.4 respecto a las **consultas**

192. Si Ud. tiene un problema que no puede resolver, haga una consulta.
154. Para un paciente gravemente enfermo y sin diagnóstico.
Probablemente hay un médico en alguna parte que sabrá que tiene
el paciente.
Encuentre a ese médico.

1.5 respecto a la **malapaxis**

143. Si Ud. comete un error en el diagnóstico o tratamiento, diga al
paciente lo ocurrido.
Diga que Ud. lo lamenta y explique al paciente lo que se puede
esperar que ocurra.

Haga esto sin importar cuán pequeño o grande haya sido el error.

371. La mejor prevención para la malpraxis es una buena relación con el paciente y completa honestidad.

2. Relativas al paciente

121. Todos los pacientes: los que tiene PhDs, los que tiene altos cargos, los iletrados e ignorantes, quieren magia de Ud.

46. La mayoría de los pacientes ambulatorios se mejoran con o sin Ud.

47. La mayoría de la gente es saludable y vivirá larga vida.

176. Algunos pacientes tiene necesidad de estar enfermos
No les niegue esa necesidad.

263. Si hay pacientes difíciles
Entonces hay médicos difíciles
Nosotros somos de la misma especie, créalo o no.

69. Aprenda algo de cada paciente que Ud. conoce.

70. No existe un paciente que no sea interesante
Todos son fascinantes de algún modo
Descubra qué tiene cada uno de interesante.

3. Relativos a la historia, examen físico y diagnóstico

80. El desarrollo cuidadoso y detallado de una historia médica producirá el diagnóstico apropiado en más del 50% de los casos aún antes de que el paciente sea examinado.

6. El único modo de determinar si una persona está sana o enferma es:
escuchar
observar cuidadosamente
hacer buenas preguntas y hacer una concienzuda conclusión
clínica.

350. Es más importante conocer la persona con la enfermedad que la

enfermedad.

329. Mientras más alta la tecnología mayor la necesidad de contacto humano.

4. Relativos a la terapéutica

31. La entrevista con el paciente es el comienzo del tratamiento.

12. Si no hay anormalidad que seguir, no trate con drogas o cirugía.

20. No existe una droga que sea específica para un órgano
Todas las drogas trabajan en todo el cuerpo.

21. No obtenga su información sobre los medicamentos exclusivamente de visitadores médicos.

22. Use en su ejercicio tan pocas drogas como sea posible.
Conózcalas en detalle.

23. No apure la muerte
No la prolongue innecesariamente.

