

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Periodicidad quincenal
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line
www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

MUJER QUE DESCONOCE QUE SU MARIDO ES PORTADOR DEL VIH Y QUE ACUDE POR CANDIDIASIS ORAL DE REPETICIÓN

Patrocinado por



Solicitada acreditación al Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC)



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 68/2007



MUJER QUE DESCONOCE QUE SU MARIDO ES PORTADOR DEL VIH Y QUE ACUDE POR CANDIDIASIS ORAL DE REPETICIÓN

MUJER QUE DESCONOCE QUE SU MARIDO ES PORTADOR DEL VIH Y QUE ACUDE POR CANDIDIASIS ORAL DE REPETICIÓN

AUTORES: LUIS PÉREZ BESCO

PEDIATRA. MIEMBRO DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE LA COMARCA ARABA. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA-GASTEIZ.

JESÚS ITURRALDE IRISO

MÉDICO DE FAMILIA. TUTOR DE MÉDICOS RESIDENTES. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA-GASTEIZ

AINHOA LECUONA IRIGOYEN

MÉDICO RESIDENTE. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA-GASTEIZ.

NATASHA MISKOVIC KARACSONYI

MÉDICO RESIDENTE. C.S. CASCO VIEJO. VITORIA-GASTEIZ.

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD DEL LIMONAR. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

La realidad que rodea al fenómeno del SIDA es compleja y conflictiva. Por este motivo debemos huir de decisiones precipitadas y de prejuicios, procurando una reflexión serena para abordar su manejo. Como dice Diego Gracia, el sida es una enfermedad "moral", esto es íntimamente unida a las costumbres ("mores") y de aquí la

importancia de conocer no solo su historia natural, sino su historia "moral", sus implicaciones sociales, históricas y culturales. El estigma de padecer el sida y el trato de estos pacientes, nos puede suponer en la consulta una fuente de conflictos de valores en torno a la confidencialidad y de derechos, como la libertad individual versus salud como el que en este caso presentamos.

No está de más recordar que el término bioética se empleó por primera vez por el oncólogo Van Rensselaer Potter en 1970 en un artículo publicado en la revista de la Universidad de Wisconsin "Perspectives in Biology and Medicine", y desde entonces se ha extendido enormemente por toda la literatura médica. La bioética es la rama de la ética que aspira a proveer los principios que orienten la conducta humana en el campo biomédico. Es una herramienta que busca la excelencia en nuestro quehacer profesional. El principio primordial de la bioética es la defensa de la dignidad humana y el respeto a los derechos inalienables de la persona. Tradicionalmente la bioética se basa en cuatro principios que debemos intentar respetar en la medida de lo posible:

– El principio de no maleficencia o lo que todos entendemos por "primum non nocere" principio recogido en el juramento de Hipócrates y todos los códigos deontológicos.

– El principio de justicia, que afirma que todo ser humano tiene la misma dignidad y que no puede ser discriminado. Podría formularse como: "casos iguales exigen tratamientos iguales".

– El principio de beneficencia, por el que buscamos lo mejor para nuestros pacientes.

– El principio de autonomía, en donde se reconoce a la persona como principal gestor de su cuerpo y con derecho a decisión sobre todo lo que con el tenga que ver. Está especialmente asociado al consentimiento informado. Se suele recoger en todas las cartas de derechos de los pacientes y en nuestro caso se encuentra refrendado por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de

MUJER QUE DESCONOCE QUE SU MARIDO ES PORTADOR DEL VIH Y QUE ACUDE POR CANDIDIASIS ORAL DE REPETICIÓN

la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, casada, que acude al médico por segunda vez por presentar candidiasis oral. El marido de 45 años y comercial fue diagnosticado hace un año de sida, que al parecer contrajo a raíz de contactos esporádicos con prostitutas cuando estaba de viaje. El médico le comenta a la mujer la necesidad de realizar unas pruebas para estudiarla y entre ellas que le solicitará la prueba del sida. La mujer reacciona con extrañeza ante la propuesta, pero el médico le tranquiliza diciendo que son cosas del protocolo.

Cuando sale la paciente, el médico se queda pensativo y empieza la "fiesta". Tiene la seguridad de que su paciente no conoce la situación de su marido y que es posible que esté contagiada. El médico, recuerda, como tras informarle de las medidas preventivas, derivó al paciente al servicio de medicina interna para su tratamiento, sin saber nada más de él hasta la fecha...

DISCUSIÓN

En este caso podemos resaltar dos problemas éticos. Por un lado el concerniente a la falta de petición de consentimiento informado a la mujer para realizar la prueba del sida y el segundo lugar un conflicto entre el derecho a la libertad individual del paciente y el derecho a la salud de la pareja, esto es, un conflicto en relación a la confidencialidad.

El "Consentimiento Informado" puede definirse como un proceso de decisión compartida que se integra en la relación médico paciente, no es un formulario, no es un acto, no es una firma, es algo más profundo, que nos permite mirar con respeto hacia la dignidad de nuestro paciente y a su autonomía para decidir sobre pruebas o tratamientos a los que le vayamos a someter. Nuestra medicina hasta no hace mucho tiempo se ha guiado por actitudes fuertemente paternalistas con el fin de "beneficiar" a los

pacientes, pero fruto de una maduración moral en nuestra cultura occidental se promueve cada vez con más fuerza la autonomía del paciente. Hoy en día el médico debe constatar la capacidad de su paciente para poder decidir, le debe dar la información clara y pertinente para que sea él mismo, libre de coacciones, el que dé su consentimiento ante una prueba diagnóstica o tratamiento. Concretamente, en este caso el médico le podría haber informado a la paciente que dada su patología, le parece adecuado descartar una infección por VIH diciéndole: "... si le parece bien... le voy a solicitar una prueba del sida", aclarándole que de dar positivo habría que realizar otra prueba de confirmación y ofreciéndose para aclarar las dudas o miedos que esta situación pueda ocasionar, quedando todo el proceso recogido en la historia clínica.

En segundo lugar observamos un problema que tiene que ver con la confidencialidad que debe guardar el médico y el deber de proteger la salud de la esposa del paciente afecto de sida. Aparentemente la actuación del médico fue correcta, pues diagnosticó la seropositividad del paciente, le informó de las medidas preventivas que debía tomar y lo derivó al servicio correspondiente para su seguimiento y tratamiento. Desgraciadamente es en la consulta de su esposa cuando se da cuenta que la pareja desconoce la situación de su marido y que probablemente esta contagiada, y es cuando el médico empieza a preguntarse si podría haber hecho algo más para proteger a la mujer.

¿Se debería haber asegurado que el paciente informa a su pareja de su seropositividad? En caso de que se hubiese negado ¿Debería haber roto el secreto profesional y haber llamado a la pareja? O por el contrario el médico debe respetar siempre la decisión de este y no informar a su pareja... El problema ante el que nos encontramos enfrenta valores bioéticos importantes, por un lado el derecho a la intimidad y autonomía del paciente afecto de una enfermedad como el sida y por otro el principio de justicia y de no maleficencia hacia un tercero en riesgo, en este caso la esposa.

MUJER QUE DESCONOCE QUE SU MARIDO ES PORTADOR DEL VIH Y QUE ACUDE POR CANDIDIASIS ORAL DE REPETICIÓN

TABLA I. Secreto profesional y confidencialidad

Razones para mantener el secreto

- Proteger al autonomía, identidad e imagen de la persona
- Defensa contra reacciones sociales estigmatizantes y discriminatorias
- Positiva para la salud pública, pues si no se mantiene, los enfermos no acudirían a los servicios de salud

Razones para la ruptura de la confidencialidad

- Negativa reiterada a informar el mismo paciente a su pareja
- Ignorancia del conyugue del peligro que corre
- Riesgo real de contagio
- Conocimiento de la persona en riesgo
- El beneficio de la ruptura del secreto es mayor que su mantenimiento

Como normal general el personal sanitario esta obligado a mantener el secreto y la confidencialidad. Sin embargo para otros, el secreto profesional no se erige como valor absoluto, y apuntan la posibilidad de romperlo según en qué situaciones. Algunos abogan que sea la autoridad sanitaria la que comunique a la pareja del riesgo, librando al médico de esta responsabilidad. En cualquier caso, todos están de acuerdo de la excepcionalidad de la medida, debiendo siempre valorar las posibles consecuencias, principalmente la ruptura de la relación terapéutica, y la desconfianza que genera en los afectados para acudir a los servicios sanitarios, por miedo que su situación sea desvelada. Podemos afirmar que el secreto es un importante factor para el éxito de las políticas sanitarias y de salud pública.

En la Tabla 1 enumeramos las razones a favor y en contra de desvelar el secreto:

Nuestro código deontológico en su capítulo IV apunta que el secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad de terceros. Como excepciones a su cumplimiento señala los siguientes:

- Por imperativo legal.
- En las enfermedades de declaración obligatoria.
- En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al

propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.

– Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente y éste permite tal situación.

– Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria.

– Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo, esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad.

También debemos tener presente que Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en su artículo 199 dice:

“1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.

2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.”

La primera opción, que corresponde a la tomada por el médico, pretendería preservar la confidencialidad, sin dudar ni un ápice de la gestión que el propio paciente vaya a hacer de la información ofrecida, evitando cualquier confrontación

MUJER QUE DESCONOCE QUE SU MARIDO ES PORTADOR DEL VIH Y QUE ACUDE POR CANDIDIASIS ORAL DE REPETICIÓN

con el paciente y delegando en el servicio hospitalario la responsabilidad del caso. La opción opuesta hubiera sido la información directa de la esposa, rompiendo la confidencialidad por entender que corre grave peligro su salud, tras constatar la negativa del paciente a dar noticia de su seropositividad. Sin embargo ambas opciones extremas son bastante insatisfactorias ya que por un lado si rompemos el secreto nos exponemos a una demanda judicial, además de la posibilidad de perder un paciente que sabemos a ciencia cierta que está enfermo de sida, y por otro la actitud tomada, nos deja ese sabor agrio de entender que es injusto que la esposa no haya podido tener noticia antes de la situación de su marido y que quizá podríamos haber evitado su contagio o por lo menos haber adelantado su diagnóstico y tratamiento.

Entre estos dos extremos podríamos buscar una estrategia intermedia que intentase lesionar lo menos posible los valores reconocidos. Es lo que se intenta realizar en los comités de ética asistencia (CEA) que no son mas que organismos constituidos por personal sanitario (facultativo y no facultativo) y no sanitario (abogados, usuarios) en los que mediante un método deliberativo se intenta buscar esa posible vía intermedia que pueda dar alguna luz sobre el problema ético que sufre el profesional. Así

pues, en el contexto de una buena relación clínica, se podría:

- * Haber explorado las resistencias de nuestro paciente a informar a su mujer de su situación.

- * Evitar en todo momento recriminarle su conducta pasada.

- * Explicarle que si puede evitar el contagio de su esposa se va sentir mucho mejor y que si esta infectada el tratamiento precoz puede ser de gran ayuda.

- * Ofrecerse como intermediario para dar la información a la esposa delante de nuestro paciente o remitir a un sexólogo o psicólogo que pueda ayudar a la pareja en este momento de crisis.

- * Consultar con el comité de ética de nuestra área.

Si a pesar de intentar por todos los medios de que el paciente aceptase ser el responsable de informar a su pareja, éste no accediese, y en última instancia, el médico podría violar el secreto profesional, al entenderse que a pesar de infringir el artículo 199 del código penal se le podría eximir de su responsabilidad, ante un estado de necesidad o cumplimiento del deber de evitar delitos, al considerarse la transmisión voluntaria del sida como tal. De cualquier manera, estamos convencidos que una relación medico paciente desarrollada en un marco de respeto, comprensión y empatía hubiese prevenido ese sufrimiento del profesional ante la consulta posterior de la esposa del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE num 274, de 15-11-2002, pp. 40126-40132).
2. Altisent R. Consentimiento informado en Atención Primaria. FMC. 2000;7(3): 135-137.
3. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. (BOE nº 281, 24 de noviembre de 1995).
4. Código de Ética y de Deontología Médica. 1999. Consejo General de Colegios de Médicos el 12 de enero del 2008.
5. Júdez J, Nicolás P, Delgado MT, Hernando P, Zarco J, Granolleres S. Confidencialidad en la práctica clínica, la historia clínica y la gestión de la información. En Gracia D, Júdez J. Ética en la práctica clínica. Madrid: Triacastela. 2004; 75-126.
6. Barbero Gutierrez J. Bioética, Comportamineto y SIDA. Rev. de Psicol. gral. y Aplic., 1994; 47 (2): 231-234.