

Diagnóstico y prescripción, inseparables del acto médico

Juan José Rodríguez Sendín

Secretario General de la Organización Médica Colegial

Los intereses económicos en torno al medicamento son muy grandes y condicionan tanto el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS) como la calidad de sus servicios. Por tanto, no debe extrañar que con frecuencia surjan movimientos profesionales y sociopolíticos que, deseando intervenir en el control del mismo, lo presenten como un bien de consumo más, obviando que cualquier medicamento, utilizado inadecuadamente, puede matar. Paradójicamente, otras tareas asistenciales necesitadas y reclamadas por los pacientes no encuentran el efecto de atracción suficiente para ser reclamadas, por ejemplo la prestación de cuidados domiciliarios o las encaminadas a mejorar efectivamente el tiempo de consulta por paciente.

La prescripción forma parte indivisible del acto médico, porque para pautar un tratamiento a cualquier paciente, financiado o no por el SNS, de adquisición libre o con receta, y sobre todo para resolver un problema de salud, es necesario conocer la indicación específica del mismo, hacerlo sobre un diagnóstico lo más preciso posible, en un paciente concreto, quien, tras plasmar su historia clínica con su anamnesis, exploración y en su caso la petición de las pruebas necesarias, puede curarse o aliviarse si todo es correcto y ocurre según lo previsto; o puede tener graves complicaciones, muerte incluida, si no se ha realizado con suficientes conocimientos.

En consecuencia, es un acto reflexivo que se alcanza como resultado de un complejo proceso denominado diagnóstico cuyo aprendizaje sólo se

adquiere en la licenciatura de medicina, durante la actividad formativa postgraduada y la actividad asistencial tutelada. Y en España todos sabemos cómo se adquiere esta capacidad, que abarca a los procesos graves y a los leves, ya que esta decisión es posterior al diagnóstico y antes del mismo todos los pacientes deben tener la misma consideración y misma respuesta ante necesidades todavía sin diagnosticar.

Pero prescribir un medicamento no implica solamente la primera administración, sino el seguimiento a lo largo de toda la duración del tratamiento de todos los efectos que pueda producir. Es decir, valorar el cuadro clínico que en cualquier caso pueda derivarse como consecuencia de la utilización del medicamento prescrito o de la interacción con otros. Para poder valorar bien un cuadro clínico es preciso no sólo tener una sólida formación clínica, sino estar realizando una actividad clínica continuamente. El hábito clínico no sólo se adquiere, sino que es preciso mantenerlo mediante su ejercicio continuado.

El seguimiento de cualquier tratamiento busca obtener la máxima efectividad del mismo y, en el caso del fármaco, minimizar los riesgos causados por su uso, mejorar la seguridad farmacológica, contribuir a su uso racional y mejorar la calidad de vida del paciente. Todo ello forma parte de la prescripción, todo ello son objetivos que debe realizar el médico o persona explícitamente delegada e informada por él.

Para realizar ese seguimiento y cumplir estos

objetivos se necesitan unas condiciones previas de información sobre la enfermedad que originó la prescripción y de conocimiento del paciente en un sentido global e integral que sólo el médico posee y que, por motivos obvios, éticos, legales y profesionales, no puede ni debe compartir, porque cualquier objetivo asistencial independiente y ajeno a la tutela y supervisión del médico asienta sobre unas bases falsas, es social y sanitariamente regresivo, crea incertidumbre y desconfianza y puede poner en peligro el éxito del cumplimiento terapéutico al desintegrar la atención del paciente.

Como consecuencia de oportunidad, necesidad política, coyuntura sanitaria, o por defectos de planificación estratégica de la demanda asistencial, no se puede olvidar que el medicamento sacado fuera del contexto de la historia clínica del paciente pierde todo su sentido y llega a ser peligroso. Por tanto, la actuación de cualquier agente sanitario debe basarse en su capacidad contrastada, en su competencia, en los aspectos para los que está formado que, salvo en el médico, son insuficientes para hacer un diagnóstico clínico preciso y para prescribir un tratamiento que en la mayoría de ocasiones abarca otros aspectos además de los farmacológicos.

No se puede banalizar la prescripción o confundirla con otras prácticas profesionales, pues sabemos que el aumento del consumo y disponibilidad de medicamentos publicitarios y éticos aumenta día a día mediante continuas campañas de estímulo al consumo fuera del control médico, que los convierten en productos de uso habitual y ordinario, lo que provoca a su vez la vulgarización de su utilización y la creación de nuevos grupos profesionales de prescriptores que consideran que la intervención en este sentido les otorgará más poder como grupo y cierta autonomía en relación con la medicina como profesión. Lo que sí es bien seguro es que aumentará el consumo de medicamentos, por supuesto el gasto, pero también

aumentarán los riesgos por abuso y consumo inadecuado. Todos los medicamentos son peligrosos si no se manejan con los debidos conocimientos, pero algunos son especialmente peligrosos por su margen terapéutico estrecho y por las consecuencias graves que puede tener su mala utilización. No hay ningún medicamento inocuo cuando la respuesta tiene un componente individual ligado a cada paciente.

Permitir que otros profesionales sanitarios no médicos u odontólogos prescriban, desnaturalizará, en aparente desviación y arbitrariedad, no ya el propio contenido de la Ley del Medicamento, sino el de la legislación que regula el ejercicio de las profesiones sanitarias (LOPS): "Corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención".

Para conseguir eficacia y calidad son necesarias unas condiciones de trabajo con un entorno y tiempo mínimo para atender al paciente, ciertamente alejados de la situación actual. La detección de carencias de información del paciente para poder asimilar y, en consecuencia, para asumir el cumplimiento terapéutico, es un problema grave, fruto de la masificación de buena parte de las consultas de Atención Primaria. Con el fin de trasladar al paciente las explicaciones oportunas, contestar las dudas de cada caso, confirmar que las instrucciones y explicaciones han sido comprendidas, el acto de prescribir precisa de un tiempo suficiente para la toma de decisiones al que hay que añadir el de comunicación con cada paciente; todo con el fin de asegurar el cumplimiento, adherencia al tratamiento, en suma el éxito terapéutico. Cuando ese tiempo no solamente no existe sino que, como consecuencia de ello se crean tensiones entre el médico

y el paciente, se establece la duda, la desconfianza, el equívoco, el abandono, el fracaso no sólo terapéutico sino de la relación médico-paciente, verdaderas causas de los problemas relacionados con el medicamento; pero también el aumento de los circuitos asistenciales, de las pruebas, de los costes innecesarios y peligrosos...

No cabe duda de que la información sobre su dolencia así como sobre su plan terapéutico son labores propias del médico y, como todos sabemos, se precisa una visita médica tranquila y sosegada para que el paciente salga de la consulta con las ideas claras. Sin embargo, son otras actividades dentro de la consulta las que, precisando ayuda y constituyendo más del 50% del tiempo asistencial, tienen que ser realizadas por el médico al no tener disponible ayuda de otros profesionales. Es necesario un nuevo perfil profesional para el que sería suficiente una cualificación sanitaria básica y que cada médico ajustaría con su supervisión a las características específicas de su actividad. Me refiero a todas las tareas burocráticas, de limpieza y esterilización de instrumental, ayuda y acompañamientos en la movilización de niños, ancianos y discapacitados especialmente desvestir, vestir, descalzar y calzar, colocación de dispositivos para la exploración en todas sus variantes, camilla, mesa ginecológica, ECG, ecografía, espirometría, tensión arterial, peso, talla, temperatura corporal... También en la recogida y reparto de información, de muestras, incluso realización de *feedback* comprensivo de indicaciones simples realizadas por el médico. Todo son actividades diarias en las consultas que tiene que realizar el médico de atención primaria, que detrae de su actividad asistencial, cuya delegación en otros permitiría duplicar su tiempo con los pacientes, tanto en casos nuevos como en revisiones; para ello no hay solución ni nadie decidido a ofrecerla. Será paradójico que el médico no tenga auxilio en las consultas y el enfermero prescriba por él.