

En raras ocasiones los pacientes desean escuchar las complicaciones que pueden acarrear los hábitos de vida poco aconsejables que mantienen. En este artículo exponemos por qué resulta importante discutir estos asuntos con detenimiento por el bien de sus pacientes –y por el suyo propio–.

D.L.P. y Berkeley Rice.

¿Por qué dedicar tiempo de consulta a hablar de hábitos y estilos de vida?



Donald C. Faust, cirujano ortopédico de Nueva Orleans cuenta cómo encontró a un paciente hospitalizado fumando en la Unidad de Cuidados Intensivos, después de haber pasado horas discutiendo con él sobre el asunto de dejar de fumar.

“He decidido no gastar más saliva ni más energías en convencer a nadie”, comenta. “Tengo comprobado que tratar de convencer a un paciente para que deje de fumar, de beber o que pierda peso es una pérdida de tiempo. Nunca he conseguido hacer cambiar a nadie”.

Aparentemente, muchos otros doctores comparten el punto de vista de Faust. De acuerdo con un estudio publicado en JAMA, sólo el 43 por ciento de los adultos obesos que mantienen citas regulares para revisión, hablan con sus médicos sobre la necesidad de perder peso. Y, de acuerdo con otro estudio, esta vez llevado a cabo por el National Committee for Quality Assurance, sólo el 68 por ciento de los fumadores recibe –por boca de sus médicos– el consejo de dejar dicho hábito.

Si usted se encuentra entre aquellos que no creen necesario invertir tiempo y esfuerzo en hablar con sus pacientes sobre la necesidad de dejar ciertos hábitos peligrosos, o piensa que no está suficientemente formado para llevar a cabo una tarea así, puede que se esté arriesgando a que alguien tome medidas legales contra usted. Si alguien puede demandar a McDonald’s por ser la causa de su obesidad, sus pacientes pueden, de la misma manera, demandar a su médico por no haberle avisado de la necesidad de dejar el tabaco o de perder peso. Y ya existe un precedente en el que la no existencia de este tipo de actividad en la consulta del médico jugó un papel decisivo en un juicio.

Un fumador sufre un ataque cardíaco

Recientemente, un tribunal de apelación del estado de Ohio ha condenado a un internista a indemnizar a los familiares de un paciente por una cantidad de 3,5 millones de dólares, en un caso

que ilustra muy bien la importancia de informar a sus pacientes de los riesgos que conllevan ciertos hábitos y estilos de vida. En este caso, el veredicto del jurado exponía que encontraban al médico culpable por fallo en el diagnóstico y tratamiento de un paciente obeso, fumador y con un nivel de colesterol muy alto que murió de un ataque cardíaco.

Franklin Price, internista de Cleveland, había tratado a Lawrence Smith durante cinco años antes de que muriera. Smith tenía problemas de obesidad, era fumador empedernido y al borde de la diabetes. Además, tenía otros factores de riesgo coronario: una personalidad tipo A (impaciente, agresivo, siempre con prisas), un trabajo intensamente estresante, un nivel de colesterol LDL muy elevado y una historia familiar de enfermedades coronarias. El doctor Price pidió a Smith en reiteradas ocasiones que hiciera lo posible por perder peso y dejar de fumar, y las notas en la historia clínica del paciente así lo confirmaban. Aparentemente, Smith lo intentaba, pero sin demasiado éxito. Sin embargo, rechazaba de plano cualquier medicación. A pesar de su alto colesterol, Price nunca le ofreció medicamentos para intentar bajarlo.

El riesgo de la evaluación clínica en un contexto limitado

Price llevó a cabo varios electrocardiogramas a lo largo de los años y describió siempre los resultados como normales. Sin embargo, de acuerdo con el testimonio de varios expertos durante el juicio, aquellos electrocardiogramas mostraban claras anomalías, las cuales, combinadas con los factores de riesgo que aportaba la historia de Smith, deberían haber sugerido un diagnóstico de enfermedad arterial coronaria y, por tanto, debería haber sido enviado a un cardiólogo. O bien Price no se dio cuenta de las anomalías de las pruebas, o bien no estaba lo suficientemente preocupado para prescribir fármacos o para enviar a Smith a un especialista.

El 12 de abril de 1999, Smith tuvo su reconocimiento médico anual con Price y se quejó de ciertos dolores en el pecho. Price

pidió otro electrocardiograma y esta vez sí se preocupó al ver los resultados. Durante el juicio expuso que había pedido a Smith que visitara a un cardiólogo para realizar un test de estrés durante el mes siguiente. Sin embargo, durante el juicio no fue posible demostrar que Price había referido su paciente al especialista. Un experto que presentó la acusación testificó que los síntomas de Smith y los resultados del electrocardiograma mostraban una necesidad urgente de hospitalización o visita a un especialista, cuando menos.

Cada vez con más frecuencia, los médicos van a ser demandados por no hablar e intentar convencer a sus pacientes sobre los riesgos de fumar o del exceso de peso

Dos semanas más tarde, Smith volvió a ver a Price, quien de nuevo aparentemente se olvidó de enviar a su paciente al cardiólogo. Según el experto de la acusación, incluso en aquel momento hubieran estado a tiempo de diagnosticar y tratar con garantías la enfermedad de Smith.

Seis semanas más tarde, en junio de 1999, Smith, quien entonces tenía 54 años, sufrió una parada cardíaca y murió. La autopsia reveló que la causa había sido una "arteriosclerosis aguda". La viuda de Smith demandó a Price por negligencia, por haber fallado en el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad de su marido y, por tanto, haber causado su muerte. Después del juicio, en agosto de 2002, el jurado dio un veredicto de culpabilidad del médico por haber "fallado en el ejercicio ordinario y en una atención sanitaria razonable" de su paciente, y lo sentenció a indemnizar a la acusación con una cantidad de 3,5 millones de dólares.

De acuerdo con la opinión de Peter Weinberger, el abogado de la acusación en el caso de Smith, los síntomas cardiacos del paciente eran el asunto principal, no su problema de obesidad y el hábito de fumar. Sin embargo, existía una relación

entre todos ellos: "En sí mismos, los resultados del electrocardiograma podrían no ser causa suficiente para justificar una visita al cardiólogo. Pero en combinación, los demás factores se deberían haber vuelto muy significativos a la hora de tomar una decisión. Price debería haber enviado a Smith al cardiólogo mucho antes".

"Si un internista se ha de convertir en el portero que tiene que decidir quién pasa a ver al cardiólogo y quién se queda fuera", comenta Weinberger, "debe estar muy alerta sobre el impacto potencial de todos los factores de riesgo en combinación, y hacer un esfuerzo real para hacer ver al paciente con toda claridad que necesita cambiar de hábitos. Ante todo, tiene que intentar que su paciente cambie de estilo de vida, y debe documentar todos esos intentos. Si, después de tres a seis meses, no se consiguen resultados positivos, el médico necesita discutir con su paciente el uso de fármacos que le ayuden a conseguir los objetivos. Y, por supuesto, documentar de nuevo esos intentos. Si el paciente se niega y prefiere seguir intentando cambiar por sí mismo –o simplemente mantener sus hábitos– de igual modo es necesario documentarlo".

Michael Hudak, quien representó al doctor Price, se muestra de acuerdo con la idea de que la obligación del médico es la de avisar a su paciente de los riesgos de la obesidad o del hábito de fumar, particularmente si existen síntomas que indican posibles problemas cardíacos. Sin embargo, Hudak sostiene que el médico no debe cargar con toda la responsabilidad. "El paciente tiene que mostrar también signos claros de querer cambiar sus hábitos", insiste. "En algún momento debe ser el paciente quien asuma la responsabilidad personal de su propia conducta".

¿Tal vez un nuevo tipo de negligencia?

John Banzhaf, abogado de oficio de Washington D.C., afirma que juicios como este van a seguir sucediéndose. Banzhaf es además presidente de ASH, Action on Smoking and Health, y profesor de Derecho en la Universidad George Washington.

“Cada vez con más frecuencia, los médicos van a ser demandados por no hablar e intentar convencer a sus pacientes sobre los riesgos de fumar o del exceso de peso”, comenta. “Tienen,

además, la obligación de aconsejar a sus pacientes sobre riesgos materiales”.

Lo primero que hace siempre un médico en una visita rutinaria es pesar a su paciente, apunta Banzhaf. “Pero si

se muestra tal interés por el peso del paciente, ¿no se debería dedicar un tiempo para hablar de los resultados de ese ‘test’ básico del mismo modo que se comentan los resultados de cualquier

Consejos prácticos de sus colegas

Según los expertos, no importa lo convincente que sea su admonición o lo duro de los datos de las estadísticas: su paciente no va a cambiar si no cuenta con la voluntad y el autoconvencimiento necesarios para ello. Para lograr ese cambio en el paciente, hemos resumido aquí unas prácticas habituales de algunos médicos que se han mostrado eficaces en muchos casos.



Tabaquismo

Es necesario buscar el momento oportuno. Pedirle en el hospital a un paciente afectado de infarto de miocardio que aproveche el momento para dejar de fumar puede funcionar.

John Machata, médico de Familia.

Tenemos un póster en la consulta con el rostro de una mujer. Una mitad muestra el lado sano, la otra mitad se trata de la misma cara con el daño estético causado por la nicotina. Esta fotografía ha generado más comentarios que todas las charlas sobre cáncer de pulmón que he llevado a cabo en la comunidad. También me gusta mencionar los datos sobre el dinero que un fumador puede ahorrar cuando deja el hábito.

Birgit Houston, médico de Familia.

Suelo dar este consejo: “Abra un paquete de tabaco nuevo cada día. El primer día, deshágase de un cigarrillo y fúmeselo los restantes 19. El segundo día, tire dos cigarrillos. Y así cada día”. El último día, el paciente se fuma uno y se deshace de 19.

Jeffrey M. Kagan, internista.



Obesidad

Algunas veces nos envían desde algún gimnasio local invitaciones para asistir gratis durante una semana. Damos estas invitaciones a los pacientes que necesitan hacer ejercicio. Además, es importante entregar folletos con información escrita, porque los pacientes suelen retener en su memoria sólo fragmentos de la información que les ofrecemos en nuestras charlas. La información escrita aumenta las posibilidades de cambio en el paciente.

David E. Bright, médico de Familia.

Cuando entrego una receta suelo escribir “una toma por vía oral diaria, seguida de 30 minutos de paseo”. Para los pacientes que quieren seguir una dieta estricta y ejercicio regular, suelo darles objetivos no demasiado lejanos; normalmente, perder alrededor de 3 kilos en 22 ó 25 días es una buena marca.

Brandon Jonson, internista.



Estupefacientes y alcohol

A veces digo a mis pacientes que tengo problemas acuciantes en mi propia familia y que mi hermano y mi sobrino son alcohólicos. Tal franqueza ayuda a rebajar la carga de culpabilidad que tienen estos pacientes.

Kathleen Bell Unger, médico de Familia.

Suele haber mucha cerrazón y negación frente al problema por parte de estos pacientes. Por ello, me gusta que vengan acompañados de familiares y que sean éstos los que digan abiertamente de qué modo afecta a sus vidas la conducta de la persona adicta. No suelo participar en estas discusiones; pero sí enciendo la mecha y hago sugerencias para que se saquen conclusiones positivas.

Debbie Heck, médico de Familia.

Levanto el brazo y voy contando con los dedos mientras leo cada uno de los signos del alcoholismo. Entonces, le pido al paciente que me repita dichos indicios, dedo a dedo. Y finalizo diciéndole: “Tiene usted cuatro de los siete criterios”.

Abhin Singla, internista.

Hábitos de riesgo en general

Me limito a escuchar. La mayoría de los pacientes son a la vez sus mejores consejeros cuando llegan a un punto en que no soportan más sus propios hábitos y se deciden por un camino más sano. Entonces, les digo que me gustaría dirigirlos hacia un programa de rehabilitación y así sienten que sus expectativas están siendo cumplidas, en lugar de sentir que se les está regañando.

Liza Shiff, médico generalista.

Mostrarse alentador y comprensivo funciona mejor que intentar convencer. Cuando digo: “Sé por lo que estás pasando, porque yo mismo intento cambiar algunos de mis hábitos”, el paciente siente una mayor cercanía personal y mi consejo es mejor recibido.

Nalini Shah, internista.

otro tipo de prueba? Incluso si la acusación pierde un juicio de estas características seguiría teniendo un gran impacto de cara al público”.

“A muchas personas y asociaciones les encantaría ver cómo un jurado se decanta hacia la culpabilidad de un médico por haber faltado simplemente a la obligación de ‘aconsejar’ a su paciente en cosas tan sencillas como perder peso o dejar de fumar”, afirma Peter Friedmann, profesor asociado de la Facultad de Medicina de la Brown University en Providence, Rhode Island. “Es sólo cuestión de tiempo. Un juicio así instaría a muchos médicos a tomarse muy en serio estos trastornos tan comunes”.

Consejos para aconsejar

Los pacientes ven en usted una fuente de consejos. Los expertos en esta epidemia de la obesidad se muestran de acuerdo: los médicos deben hacer más, deben presionar más, aún a riesgo de que sus pacientes lo tomen como una reprimenda y no como un consejo.

Muchas organizaciones profesionales e instituciones públicas han apostado por tratar el tema a fondo y ofrecer recomendaciones sobre qué hacer para convencer

a un paciente de la necesidad de cambiar su estilo de vida. Puede ver, en la página anterior, los consejos de varios médicos.

De acuerdo con el Center for the Advancement of Health (www.cfah.org), una sesión efectiva incluye la formación del paciente; que aprenda a anticipar dificultades y a convivir con la tentación de volver a fumar y a beber alcohol. Los grupos de autoayuda pueden resultar efectivos, según afirman los expertos, al igual que la relajación y el ejercicio equilibrado. La acupuntura y la hipnosis no han demostrado resultados contundentes en su lucha contra el tabaquismo.

El National Institute of Health (www.nih.gov) recomienda los siguientes puntos que tomar en cuenta a la hora de hablar con un paciente sobre la necesidad de perder peso:

- ▶ Evaluar los riesgos.
- ▶ Evaluar la actitud positiva del paciente hacia el cambio.
- ▶ Aconsejar un programa de pérdida de peso con expectativas realistas.
- ▶ Ayudar en la conformación de grupos de autoayuda.
- ▶ Mantener un seguimiento constante.

La mayoría de los médicos no reciben una formación suficiente sobre cómo ha-

blar con un paciente para hacerle ver los riesgos de ciertos hábitos y estilos de vida. “Incluso cuando, al fin y al cabo, es un tercio de todo el trabajo que tenemos que llevar a cabo”, comenta David E. Bright, médico de familia de Stuart, Florida.

Este asunto está empezando a cambiar. En un programa de la facultad de Medicina de la Universidad de Washington, en Seattle, “se utilizan actrices que trabajan con residentes”, comenta Chris Dunn, profesor del departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta. “Por ejemplo, una de las actrices interpreta el papel de una mujer de 40 años con una diabetes recién diagnosticada. La actriz-paciente se muestra muy pasiva, sin interés alguno en dejar de fumar o de perder peso”.

“Aunque es cierto muchos médicos no se deciden a pasar tanto tiempo aconsejando a sus pacientes como lo hacen estos residentes con las actrices, una vez que cualquier facultativo sea capaz de controlar los conceptos básicos para mantener una comunicación efectiva con los pacientes y convencerlos de la necesidad de cambiar hábitos, siempre pueden incluir una versión reducida de unos cinco minutos en sus citas”, afirma Dunn. ■

Detección y actuación sobre la obesidad

En Estados Unidos, la US Preventive Services Task Force, una institución que promueve la utilidad de la medicina preventiva, recomienda que los doctores pongan en funcionamiento programas de identificación de problemas de obesidad, y ofrecer a la vez, a los pacientes obesos, sesiones de formación sobre los riesgos que conlleva este trastorno. Promover la pérdida de peso mantenida y progresiva es importante.

Uno de los posibles medios para identificar la obesidad es el índice de la masa corporal (BMI —*body mass index*— son las siglas en inglés). Un índice de entre 25 y 29.9 sugiere un sobrepeso. Un paciente con un índice de 30 y por encima de 30 se considera obeso. El BMI se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la altura en metros y elevado al cuadrado. En Internet existen muchas páginas con utilidades para calcular el índice de masa corporal: (www.cdc.org/nccdphp/dnpa/bmi/calc-bmi.htm).

Los médicos deben tener en consideración, además, localizar el peso corporal cuando éste está concentrado en alguna zona en particular, una característica que suele asociarse a enfermedades cardiovasculares. Se utiliza la medida de la cintura como índice. Hombres con una circunferencia en la cintura mayor de 102 centímetros y mujeres con una circunferencia mayor de 89 centímetros muestran un riesgo elevado de enfermedad cardiovascular. Sin embargo, estas medidas no son útiles para personas con un índice de masa corporal superior a 35.

La misma agencia de medicina preventiva aconseja que se considere la posibilidad de uso de medicamentos o de intervenciones quirúrgicas —como el *bypass* gástrico— para tratar a pacientes obesos adultos, pero sólo como parte de un tratamiento más amplio que incluya sesiones de charla con el paciente y formación del mismo sobre riesgos y medidas a tener en cuenta. Según los protocolos del National Institute of Health, la cirugía está recomendada sólo en personas con un índice de masa corporal de 40 o más, o aquellos con un índice de 35 o más que tengan, además, otra enfermedad asociada a la obesidad.

Las recomendaciones y muchos materiales sobre cómo afrontar los problemas de la obesidad pueden visitarse en Internet en www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/obesity/obesrr.htm.