



La evolución de la actitud médica con y para el paciente ha tenido variaciones históricas que han llevado a la modificación de su relación (médico-paciente) en diversas épocas de la historia. En los tiempos “precontemporáneos” que, con el propósito de este comentario, pueden ubicarse hasta antes del siglo XX, las decisiones y determinaciones conductuales diagnósticas y terapéuticas que eran determinadas en forma exclusiva por el criterio y eventual conducta del médico, en ocasiones hasta en forma de orden, dejaban al enfermo con la única posibilidad de obedecer las instrucciones del profesional.

Conforme la tecnología se ha refinado lo anterior se ha desplazado hasta un extremo del límite que, en ocasiones, otorga al paciente la capacidad de tomar su propia decisión diagnóstica o terapéutica, con o sin la anuencia del médico.

Las consideraciones previas son, por supuesto, matizadas no solo por el progreso técnico-científico sino también por la facilidad que ahora se ofrece a través de múltiples plataformas que incluyen las redes sociales la posibilidad de que el paciente esté suficientemente informado de los ofrecimientos médicos diagnósticos y terapéuticos.

En no pocas ocasiones, en este siglo XXI, el enfermo que acude a consulta médica ha revi-

sado intensamente sus signos y síntomas en los medios electrónicos y llega con información que no solo le permite proponer metodologías diagnóstico-terapéuticas a su médico sino que, también, en no pocas ocasiones, sobrepasan el conocimiento que el facultativo tiene de la enfermedad motivo de la consulta. Más cierto es lo anterior conforme más explorada ha sido la condición o entidad nosológica.

En resumen, de las consideraciones anteriores se desprende el hecho de que ahora las decisiones y conductas de evaluación de las metodologías diagnósticas y terapéuticas deben ser, al menos, informadas ampliamente al paciente y, en muchas ocasiones, junto con él se determina qué o no hacer. Aunado a lo anterior, cada vez más la relación médico-paciente, en este caso a nivel informativo, se ha visto matizada por potenciales conflictos médico-legales que, también, se han acrecentado en virtud de la información inadecuada y las conductas, no siempre dañinas, pero en ocasiones deficientemente transmitidas al paciente.

Todo lo anterior, que obviamente puede ser mucho más explícito y amplio, está relacionado con un artículo que se publica en esta edición de ginecología y obstetricia de México que alude a la toma de decisión en las asesorías de prepruebas ecográficas del primer trimestre del

embarazo, en donde se ratifica que la justificación y objetivos del diagnóstico prenatal deben ser ampliamente informados, sobre todo en países como México en donde carecemos de legislación al respecto, aunque sí existen normas de organizaciones no gubernamentales, entre ellas el Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia (COMEGO).

La autonomía o autodeterminación, el punto de vista utilitario e igualitario, así como las expectativas de los pacientes en relación con lo que ofrecen estos métodos diagnósticos prenatales deben ser ampliamente informados. Como lo mencionan los autores: la información debe ser sumamente explícita acerca de los posibles

resultados de la metodología diagnóstica y de las posibles repercusiones que pueden tener, sugerencias que no necesariamente compartirán los padres. En fin, creo que la lectura de este artículo, más que servir de método de análisis de una situación particular, que consiste en este caso del análisis de una toma de decisión obstétrica, debe servir al lector para reconsiderar que la información al paciente debe de ser clara, extensa y basarse en los preceptos bioéticos que permitan tomar una decisión “compartida” que redunde en el bienestar físico de los pacientes basada en las premisas que la bioética demanda.

*Alberto Kably Ambe*