

Ética y Laboratorio Clínico

DR. GUILLERMO RUIZ REYES*

«No deja de ser incómodo hablar de ciertos problemas del ejercicio actual de la medicina, pues no está de moda hablar de moral sin correr el riesgo de ser tachado de moralista, de falso virtuoso o, cuando menos, de utopista»

Gosset

Del contacto primario de la relación médico tratante y el laboratorio surgen los problemas éticos iniciales. Cuando esta relación es cordial y se establece un lazo profesional de comprensión y apoyo, los personajes involucrados y el enfermo, en forma particular, se benefician. Idealmente, el patólogo clínico debe ser un permanente aliado del médico tratante. No debe aceptarse que el primero limite sus servicios a proporcionar una información numérica impersonal de resultados, como respuesta a la, casi siempre, fría requisición de estudios por parte del médico tratante. No es raro que éste se rehúse a establecer intercambio con el personal del laboratorio y que ellos, a su vez, no estén interesados en acercarse al primero, limitando sus actividades a las mesas de trabajo.

La falta de comunicación y apoyo entre el médico tratante y el laboratorio puede tener implicaciones éticas importantes. No pocas veces pueden causar retrasos diagnósticos, sobre todo en la práctica privada de la medicina, en que las actitudes de colaboración por parte del personal del laboratorio, sugiriendo exámenes adicionales para el mejor estudio del paciente, pueden interpretarse como afanes utilitarios.

Si bien es cierto que una interpretación extensa de las posibilidades diagnósticas de un resultado de laboratorio, generalmente, no es bien aceptada por el clíni-

* Patólogo Clínico, Academia Nacional de Medicina, Laboratorios Clínicos de Puebla

co, que puede sentirse tratado como un ignorante, existen situaciones en las que incluir la interpretación de los resultados es necesaria. Tal es el caso de algunos procedimientos de reciente introducción a la práctica. Un ejemplo es la inmunotipificación de las leucemias por citometría de flujo, que no todos los médicos están capacitados para interpretar correctamente, mientras que otros pueden establecer una quimioterapia adecuada al leer que se trata de un «estudio compatible con leucemia aguda linfoblástica pre-B», por citar un ejemplo.

Las sugerencias extensas de parte del laboratorio al clínico tratante pueden convertirse en una pesada carga de trabajo al laboratorio y, otra vez, no ser bien aceptadas por el clínico. Sin embargo, en ocasiones es útil para el paciente y el médico tratante, la recomendación de estudios suplementarios ya establecidos en algoritmos, tales como la práctica de un procedimiento de inmunoelectrotransferencia, o «western blot», después de encontrar positiva la investigación de anticuerpos para el virus de la inmunodeficiencia humana empleando una prueba de tamizaje.

En el Departamento de Hematología de nuestro laboratorio se consideró útil sugerir, en forma rutinaria, la determinación de parámetros de hierro, a los pacientes cuyas citometrías hemáticas tuvieran disminuidos el volumen globular medio, la concentración media de hemoglobina y la hemoglobina corpuscular media. Estas alteraciones, de microcitosis con hipocromia, como es sabido, son compatibles, cuando bajas, con deficiencia de hierro, en su mayor proporción, o con talasemia y otros padecimientos, con menor frecuencia. Después de un lapso fueron analizadas las consecuencias de esta recomendación. En 7734 citometrías hemáticas analizadas se identificaron 765 personas con las alteraciones aludidas y solo 38 fueron remitidas para determinar los parámetros de hierro y la fracción A2 de la hemoglobina. Solo un número reducido de médicos escuchó la recomendación y de 38 pacientes referidos en 29 se comprobó deficiencia de hierro. Los 9 restantes (23%) no la sufrían y uno era heterocigoto para talasemia beta; en otro se estableció el diagnóstico de hemocromatosis hereditaria y en los 7 restantes no se pudo definir la etiología. Del estudio de esta reducida muestra puede concluirse que 1 de cada 4 enfermos no se hubieran beneficiado con la ad-

ministración de hierro y que en 2 de ellos emplearlo hubiera sido potencialmente iatrogénico.

Abundando sobre los problemas éticos que pueden derivarse de una relación inadecuada entre el médico tratante y el laboratorio, vale la pena mencionar que no es raro, particularmente en el ejercicio institucional de la medicina, que unos y otros intercambien reproches y establezcan rivalidades, que ulteriormente pueden incidir en la atención adecuada del enfermo. La costumbre de comentar los resultados de los estudios de laboratorio en forma desfavorable ante los enfermos y familiares, o de efectuar afirmaciones categóricas sobre la ejecución errónea de los estudios de laboratorio, debe evitarse. En caso de duda o discrepancia es aconsejable consultar personal y cortésmente con el responsable del laboratorio, evitando herir susceptibilidades y eludiendo enfrentamientos. De esta actitud siempre se derivará tranquilidad para el paciente y para sus familiares, quienes conservarán la confianza en el médico y en el laboratorio que efectuó los estudios.

La crítica destructiva, a menudo hiriente, con que algunos médicos se refieren al desempeño de los laboratorios nunca podrá éticamente justificarse. Sin embargo, no pocas veces los clínicos tienen razón y estas actitudes son explicables, pues en los mejores laboratorios se descuidan aspectos importantes de atención al paciente. Hace años, cuando el laboratorio clínico se iniciaba, la inexactitud de algunos procedimientos era tan frecuente que muchos médicos otorgaban crédito a los resultados solo cuando eran congruentes con la sospecha clínica que habían establecido. En la actualidad esta conducta es inadmisibles pues se dispone de medidas que reducen los errores al mínimo. Debe enfatizarse que, aún en las mejores condiciones, es imposible eliminar todas las fuentes potenciales de error. Entre ellas podrían señalarse: la irresponsabilidad del personal que ejecuta los estudios, o su inadecuado entrenamiento; la sobrecarga de trabajo que sufren algunos laboratorios; la identificación errónea o incompleta de las muestras; el uso de equipo deficiente; la selección equivocada de procedimientos y los errores al transcribir los resultados.

Para resolver este problema, o reducirlo a su mínima expresión, los laboratorios deben, ineludiblemente, implementar los procedimientos de que ahora se dispone para

comprobar la exactitud de los resultados y descubrir los factores causantes de error. El «control de calidad», término plagiado a la industria, es inadecuado cuando se aplica al laboratorio clínico, por lo que sería preferible designarlo «vigilancia de la exactitud». En fecha reciente, el concepto de calidad en la atención médica, y en especial en la práctica del laboratorio clínico, ha adquirido tanta importancia, que se dispone ya de recomendaciones

y normas, nacionales e internacionales, que permiten implementar sistemas integrales de administración de calidad en esta rama de la práctica médica. El médico tratante tiene todo el derecho de exigir que en los laboratorios de las instituciones a las que sirve, o a las que remite su trabajo privado, estén establecidos los programas aludidos.

A estos aspectos éticos del binomio clínica-laboratorio, habrá que agregar el de las ínter consultas de especímenes con otros colegas que, con fines diagnósticos, se hacen con otros colegas, particularmente en el campo de la anatomía patológica y la hematología. Solicitadas casi siempre por los médicos que intervienen en el caso, deben aceptarse como una conducta normal y rutinaria. Es absurdo que los médicos nos ofendamos porque se dude de nuestros diagnósticos. No es excepcional que algunos laboratorios se nieguen a proporcionar la preparación, o el propio espécimen, para ratificar, o rectificar, diagnósticos con importante trascendencia terapéutica y pronóstica para el paciente. Ni la institución en donde se atiende el paciente, ni el laboratorio donde fue estudiada la muestra de sangre, médula ósea o tejido, son sus propietarios. El único dueño legítimo es el propio paciente y él, o sus familiares, tienen el derecho de solicitar ese material cuando sea requerido.

Pérez Tamayo¹, en su propuesta de un nuevo código de ética médica afirma que deben incluirse, como actividades indispensables y absolutamente necesarias (y por lo tanto, éticamente esenciales), las tres siguientes:

«1) Curar y aliviar (o por lo menos intentarlo), en la medida de sus humanas limitaciones, a todos los enfermos que

se lo soliciten, cualquiera que sea su condición social, su raza, su religión o su ideología política.

2) Enseñar y divulgar los conocimientos de su profesión a alumnos, pacientes, familiares y otras personas que lo escuchen y puedan beneficiarse de esta actividad.

3) Contribuir a aumentar los conocimientos que le permitan mejorar la calidad de la atención médica que presta a sus pacientes y el contenido de la docencia que realiza entre sus alumnos, enfermos y otras personas»

El segundo enunciado de esta propuesta es aplicable a un importante aspecto del binomio clínica-laboratorio: la necesidad de enseñar mejor a nuestros médicos en este terreno, por la incapacidad que algunos muestran para solicitar e interpretar adecuadamente los estudios de laboratorio. Siempre he afirmado que «el mejor laboratorio no puede sustituir a la Escuela de Medicina». La limitante es, sin duda, la mala

preparación que la mayoría de nosotros obtuvimos en estas áreas durante nuestra preparación profesional, pues son muy raras las escuelas que en sus programas incluyen una cátedra dedicada a estos aspectos del ejercicio diario de la medicina. En internados y residencias, son excepcionales las instituciones hospitalarias que programan estancias de los médicos en etapa de formación como posgraduados, en los departamentos de medicina de laboratorio. Es evidente que si en algún periodo de su formación profesional los médicos participaran en las actividades cotidianas de un laboratorio, no se cometerían muchos errores de interpretación. Así, el número de médicos que solicitan el resultado de un cultivo con carácter «urgente», para el mismo día de la requisición, fuera menor. Aquellos que, haciendo alarde de estar actualizados, solicitan a un laboratorio de rutina la práctica de un estudio que, como novedad diagnóstica, leyeron la víspera en alguna revista recién publicada, comprenderían que implementar un nuevo procedimiento analítico requiere, en muchos casos, tiempo, esfuerzo y un sólido substrato técnico.

En un estudio muy interesante² llevado a cabo en la Escuela de Medicina de Guanajuato entre 120 médicos de dos instituciones oficiales y una privada de la ciudad de León, se evaluaron, entre otras cosas, conocimientos fundamentales sobre algunos procedimientos de laboratorio y su importancia clínica. Estaría fuera del propósito de estas reflexiones relatar en forma detallada el estudio aludido. Sin embargo, puede concluirse que la información obtenida refleja la ignorancia del grupo de médicos encuestados en

torno a la interpretación de procedimientos de laboratorio de uso diario, como fueron el cultivo de faringe y las llamadas reacciones «febriles» de aglutinación. Indica también el hecho alarmante de que la mayoría de esos médicos propusieron dar tratamiento en contra de microorganismos que habitan normalmente la faringe y que no eran la causa del cuadro clínico propuesto. La mayor proporción de los médicos no supo que las reacciones serológicas detectoras de anticuerpos requieren de un periodo de seroconversión. El estudio enfatiza la necesidad de modificar la enseñanza de la microbiología y la promoción de aquellas actitudes y destrezas que todo médico debe adquirir, como mínimo, sin importar la especialidad a la que se dedique. Destaca la responsabilidad que tienen los que planean los programas de enseñanza, si consideran que el alumno no debe efectuar cultivos o tinciones, ya que el laboratorio no será su oficina, pues estarán confundiendo el entrenamiento con la educación.

El entrenamiento proporciona habilidades que pueden llegar a ser muy complejas, como es el caso de quien trabaja en un laboratorio, pero la educación proporciona al individuo la capacidad de pensar críticamente, elaborar juicios y expresar ideas.

La participación del patólogo clínico y del personal no médico en la discusión de casos clínicos en las instituciones hospitalarias y la celebración permanente de seminarios y revisiones sobre estos temas, contribuirán sin duda a corregir estas deficiencias. Tanto a los médicos como a los pacientes conviene que la práctica de la medicina se lleve a cabo lo mejor posible.

El médico tiene la obligación moral de mantenerse en educación constante, de seguir aprendiendo, de continuar puliendo su intelecto y entrenando sus sentidos para servir mejor a sus enfermos: no hacerlo es una grave falta de ética profesional. Asimismo, el médico debe participar de manera fundamental en la docencia, ya que no hay mejor manera de aprender y de comprender algo que a través del esfuerzo que representa enseñar. En este sentido Pérez Tamayo¹ concluye *«al no participar en la docencia (en cualquiera de sus múltiples formas) el médico esta cometiendo un acto inmoral, una falta grave de ética, un crimen en contra de sus colegas, de sus enfermos y de sus alumnos potenciales»*

Halagar el ego de los médicos, ratificando con informes falsos sospechas diagnósticas es una práctica frecuente, particularmente en el ejercicio privado

de la profesión. Resulta inexplicable que algunos médicos no hayan advertido el engaño. Puedo citar dos ejemplos a propósito de esta práctica: un prestigiado laboratorio de bacteriología informa resultados negativos para el aislamiento de bacterias entéricas patógenas cuando la muestra de heces remitida es dura y de aspecto normal. Si a otra porción del mismo espécimen se le confiere aspecto diarreico, adicionando solución salina estéril, y se envía con otro nombre, el mismo día y a la misma hora, el laboratorio informa el aislamiento de enterobacterias patógenas, como *Shigella* y *Salmonella*.

En un estudio efectuado en nuestro laboratorio hace algunos años, pudimos demostrar que 11 de 16 laboratorios encuestados informaron, deliberadamente, resultados falsos positivos para parásitos en una muestra de heces en la que, sin duda alguna, se había excluido una parasitosis. La conducta de halagar supuestos atributos clínicos es condenable e inmoral. Las medicaciones antiparasitarias innecesarias, en su mayoría antiamebianas, no carecen de peligro. El gasto superfluo y el riesgo potencial de aplazar un diagnóstico en los casos de neoplasias del aparato digestivo, permiten ubicar esta conducta en el terreno de lo criminal.

Finalmente, no puede soslayarse, por espinoso, el comentar la conducta inmoral y a todas luces reprochable de la práctica de la dicotomía, en cualquiera de sus formas. Esta vergüenza de la medicina privada contemporánea se practicaba hasta hace algunos años con cierta discreción.

Se guardaban las formas. La liberación de las costumbres, ha influido en la práctica de la medicina al surgir la forma «organizada» de esta actividad que oscila, desde el empleo de talonarios progresivamente numerados de las formas de solicitud, en su expresión mas simple, para cuidar mejor la repartición oculta de honorarios, hasta la cesión de acciones, forma empresarial y moderna de practicarla. Las ciencias de la comunicación han aportado, en los

últimos años, su grano de arena para simplificar esta práctica. Desde las páginas de avisos en la prensa, hasta la comodidad electrónica de calcular con exactitud, por medio de programas de computación, la cuantía de las participaciones con que algunos laboratorios estimulan «la confianza» que los clínicos depositan en ellos.

Ofrecer participación es una manifestación de incapacidad profesional que denigra igual al que la ofrece como al que la acepta. En esta forma de corrupción médica el enfermo paga mas de lo justo o recibe menos de lo que contrata. En ambos casos, sin duda, es deliberada y cobardemente lesionado por aquellos en quienes depositan su confianza.

Transcribir al Maestro Ignacio Chávez³ es oportuno: *«la medicina no es un comercio. El médico que exige una parte de honorarios por confiar un enfermo, comete un doble*

atentado. Primero contra su colega, explotándolo, y después contra su enfermo, al ponerlo en manos quizá no las mejores, pero si las mas productivas para él, cuando no originándole un aumento en el cobro». Para vergüenza de la clase médica, la práctica de la dicotomía ha sido advertida y exhibida escandalosamente por algunas publicaciones contribuyendo, lógicamente, a que se incremente la desconfianza hacia ella. En este inescrupuloso comercio pagan justos por pecadores al establecerse las obvias generalizaciones. ¿Quien puede discriminar a los que practican su profesión éticamente de los que no lo hacen?

Esta visión desoladora no es privativa del laboratorio clínico. Se observa en otras áreas de la medicina, en otras profesiones y en las esferas políticas y empresariales. Sin embargo, acorde con los tiempos que ahora se viven, parece estar incrementándose y en el terreno de la medicina adquiere particular trascendencia. Me pregunto ¿los médicos, las agrupaciones médicas, o alguna autoridad, hemos hecho algún esfuerzo para remediar la situación? Si queremos devolver a nuestra profesión el prestigio de honestidad que alguna vez tuvo, recuperar la confianza que los médicos llegaron a tener en el pasado, parece importante implementar algunas medidas para detener el inmoral comercio al que se ha aludido. Me pregunto ¿será atributo de las corporaciones médicas, de la Academia Nacional de Medicina, o de las Escuelas de Medicina, considerar acciones para lograr este objetivo? ¿Será suficiente que ocasionalmente se le dediquen algunos comentarios? En caso contrario ¿cuales podrían ser? Desconozco las respuestas y solo afirmo que lo expuesto es una denuncia que pretende despertar la reflexión de estudiantes, docentes y practicantes de la medicina. Si estos comentarios encuentran terreno fértil, quizás contribuyan a rectificar el rumbo y a resistir la creciente erosión moral que nos envuelve.

Referencias

1. Pérez Tamayo R. ÉTICA MÉDICA. En *Notas sobre la ignorancia médica y otros ensayos*. Editorial del Colegio Nacional. México, 1991. Pags. 249 y 254}
2. Macías Hernández AE, Muñoz Barrett JM, Gaona AD, Sifuentes Osornio J. EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS BÁSICOS PARA EL MANEJO DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA. *Educación Médica y Salud*. 1993, 27: 424-430
3. Chávez I. LA MORAL MÉDICA FRENTE A LA MEDICINA DE NUESTRO TIEMPO. En *Humanismo médico, educación y cultura*. Editorial del Colegio Nacional, México, 1978. Pag. 47