

Hipócrates (2014). La realidad de un residente en un hospital público

Emilio PINTOR HOLGUÍN, Benjamín HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS, Pedro GARGANTILLA MADERA, Enrique VIVAS ROJO

Departamento de Especialidades Médicas Aplicadas. Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Europea de Madrid (España).

Autor para correspondencia: Emilio Pintor Holguín. Correo electrónico: emilio.pintor@universidadeuropea.es

Recibido el 14 de marzo de 2017; aceptado el 21 de abril de 2017.

Cómo citar este artículo: Pintor Holguín E, Herreros Ruiz-Valdepeñas B, Gargantilla Madera P, Vivas Rojo E. *Hipócrates* (2014). La realidad de un residente en un hospital público. Rev Med Cine [Internet] 2017;13(4): 171-176.

Resumen

Se describen las primeras semanas de trabajo de Benjamin, un nuevo residente de Medicina Interna en un hospital público de París. Junto a él, un médico argelino con experiencia; Abdel, realiza sus prácticas de convalidación. Se narran los principales problemas con los que se encuentran estos 2 médicos: dudas, toma de decisiones, camaradería, problemas bioéticos y de responsabilidad, así como problemas derivados de los recortes y escaseces de la sanidad pública. Todo ello salpicado por breves escenas cómicas e irónicas que a veces llegan al surrealismo.

Palabras clave: residente, limitación del esfuerzo terapéutico, responsabilidad del médico, bioética.

Hipocrates (2014). Real life of a resident at a public hospital

Summary

It describes Benjamin's first weeks of work as a new resident of Internal Medicine in a public hospital in Paris. Next to him, an experienced Algerian physician; Abdel, performs his practices of validation. Main problems with these two doctors are described: doubts, decision making, camaraderie, bioethical and liability problems as well as problems derived from public health system budgets. All mixed with short ironic and comic scenes that sometimes reach surrealism.

Keywords: Resident, Limitation of therapeutic effort, Medical responsibility, Bioethics.

Los autores declaran que el artículo es original y que no ha sido publicado previamente.

Ficha técnica

Título: *Hipócrates*.

Título original: *Hippocrate*.

País: Francia.

Año: 2014.

Director: Thomas Lilti.

Música: Alexandre Lier, Sylvain Ohrel, Nicolas Weil.

Fotografía: Nicolas Gaurin.

Montaje: Christel Dewynter.

Guión: Pierre Chosson, Baya Kasmi, Julien Lilti, Thomas Lilti, Khalladi Shérazade.

Intérpretes: Vincent Lacoste, Reda Kateb, Félix Moati, Jacques Gamblin, Marianne Denicourt, Carole Franck, Philippe Rebbot,...

Color: color.

Duración: 102 minutos.

Género: comedia, drama, medicina, comedia dramática.

Sinopsis: Benjamín está seguro de que se va a convertir en un gran médico y para iniciar su formación comienza en la empresa de su padre, pero nada sale como tenía previsto. La práctica se hace más difícil que la teoría y la responsabilidad que debe tomar es abrumadora, porque su padre brilla por su ausencia y uno de los colaboradores internos, Abdel, es un médico extranjero con más experiencia que él. Repentinamente, Benjamin enfrenta todas sus limitaciones y miedos para comenzar su iniciación y ser el gran médico que desea.

Productora: 31 Juin Films, France 2 Cinéma, France Télévisions, Canal+, Ciné+, Centre National de la Cinématographie (CNC), Agence Nationale pour la Cohésion Sociale et l'Égalité des Chances (ACSE), Fonds Images de la Diversité, Région Ile-de-France, Le Pacte, Sofica Manon 3, Palatine Étoile 10, Palatine Étoile 11, Angoa.

Enlaces:

<http://www.imdb.com/title/tt2891070>

[Trailer en español](#)

Introducción

En los últimos 20 años, hemos asistido a la aparición de múltiples series de televisión en las que contaban el quehacer diario de médicos en diferentes situaciones clínicas. La pionera de todas ellas y probablemente la que



Cartel español.

más éxito ha tenido ha sido E.R. (Urgencias); pero después de ésta aparecieron otras con grandes cifras de audiencia como Anatomía de Grey y House, y posteriormente series realizadas en nuestro país como Hospital Central y MIR. Aunque con estas series se intenta retratar la realidad del médico en su trabajo diario, la verdad es que no tienen nada que ver con la actividad diaria de un médico en un hospital, en un servicio de urgencia o en un centro de salud¹.

En nuestro país, el éxito de audiencia y difusión de este tipo de programas hizo que la comisión Deontológica de la Organización Médico-Colegial (OMC) emitió una nota hace 10 años titulada: "Imagen que los seriales médicos de televisión ofrecen sobre los médicos y la profesión médica en general"². En dicho informe alertaba sobre los "riesgos" de desinformación o mala información que puede recibir la población general al visualizar este tipo de series. Entre ellas podríamos señalar: crear falsas expectativas en los pacientes e incluso a los futuros estudiantes de medicina³, ser poco realistas: deberían aparecer más ancianos y menos niños, realizar menos exploraciones sofisticadas, menos recuperaciones milagrosas, menos tratamientos experimentales...

“Resumiendo el servicio en pocas palabras: muchas personas mayores terminales,bastante endocrino; sobretodo diabetes,un poco de social obviamente, con mucha carga de trabajo, pero formativo..... diez habitaciones y 18 pacientes”. Con esta conversación entre el residente recientemente llegado (Benjamin) y su padre y jefe de servicio, en los primeros minutos de esta película, el director deja bien claro por donde va a ir el argumento de esta película: retratar de una forma real; en contraste con las series de médicos televisivas, cual es la vida y el trabajo de un residente en el servicio de medicina interna de un viejo hospital público del centro de Paris. Podemos considerar esta película como autobiográfica; Lilti además de cineasta es médico y ha vivido de primera mano la asistencia en hospitales públicos de Francia.

Sanidad pública francesa: problemas estructurales y económicos

La película comienza y finaliza en los sótanos de un hospital viejo del centro de Paris. En esos largos pasillos, podemos ver el movimiento de los residuos hospitalarios y la lavandería.

Lilti de forma sutil e irónica aprovecha diferentes momentos de la película para criticar a la situación de la sanidad pública francesa: falta de material, falta de personal sanitario, bajos salarios y visión económica de los gestores.

En este primer momento, al llegar a la lavandería; Benjamin (B) pide una baja a la trabajadora de la lavandería (T.L):

T.L-¿Talla 2 ó 3?

B-Talla 2

T.L-Solo quedan de la 4

B-Perdone, ¿no tiene sin manchas?

T.L-No son manchas. Esta lavada. Son “manchas limpias” (Foto 1).

Un paciente muere horas después de haber sido visto por el médico de guardia. Aunque parece que estaba indicado hacerle un ECG, no se hace porque el “aparato de los ECG estaba averiado”. Poco después, una paciente necesita una bomba de perfusión de morfina pero está rota y hay que traerla de otro departamento.

Los enfermeros están en huelga por los déficits de la sanidad pública: recortes, menos material, menos personal y nuevos gestores quienes priman la gestión económica frente a la calidad en la atención sanitaria (Foto 2).



Foto 1. Benjamin llevando una bata con “manchas limpias”.



Foto 2. Los enfermeros llevan un cartel pegado: En huelga (En grève).

Formación del residente, error médico y responsabilidad del médico

Esta cinta muestra como es el proceso de formación de un médico residente durante su estancia hospitalario. En varias ocasiones, se muestra como el residente “pequeño” (recién llegado y más inexperto) y que es representado por Benjamin, es ayudado, tutelado y formado por un residente “mayor”, en este caso Abdel: realización de una punción lumbar, ayuda en exploración física y tratamiento de nuevos ingresos, decisiones complejas sobre posibles tratamientos, etc., que a su vez es controlado por la adjunta (Dra. De Normandie)

También se refleja la relación médico-paciente, entre especialidades más técnicas (como los intensivistas) y especialidades más humanistas (como los internistas). Asistimos a esta conversación entre Benjamin (internista) (B) y un compañero de guardia intensivista (I):

I-Estar en tu servicio es deprimente, nunca curas a nadie, por eso yo hago reanimación. Cada enfermo es un desafío: o se salvan o la cascan. En reanimación, tenemos más acción. Si el tío muere, no es culpa tuya; y si lo salvas, eres la leche.

B-No tiene nada que ver, justamente en medicina interna, tienes una relación con pacientes, gente de verdad, te ocupas de ellos, tienes una relación, o sea, hablas con ellos, a veces están

tristes, a veces contentos. Tú llegas y tienes un cuerpo, lo reanimas y ya está. ¡Hala ya está despierto!, ahora voy a ver si reanimo a otro.

I-¡Vaya historias te montas!

B-Te crees un héroe porque reanimas a gente.

Un enfermo cirrótico muere horas de comenzar con dolor abdominal. Acudió a verle el residente de guardia Benjamin, que tras explorarlo piensa en hacerle un ECG pero la enfermera le dice que el aparato no funciona. Ante la duda por no haber hecho el ECG, Benjamin dice que lo hizo pero que era normal. Revisan la historia su compañero Abdel, su adjunta responsable (*“si te preguntan por el ECG, diles que lo hiciste” le aconseja*) e incluso su padre como jefe de servicio y confirman que no se ha hecho, aunque debería haberse hecho.

Benjamin (B) se arrepiente de su error y va a hablar con su padre (P):

B- No hice el electro a ese paciente.

P- Claro que si hiciste porque ese electro lo tengo yo.

B- ¿Me proteges porque soy tu hijo?

P- No. Me solidarizo porque eres de la familia, de la familia del hospital. Soy así con todos los que trabajan aquí, porque lo que hacemos ya es difícil de por sí. No somos superhéroes, si no contáramos los unos con los otros, sería imposible.

El problema que plantea en esta parte del film es del error médico, de la responsabilidad del residente, del corporativismo⁴ y de las denuncias por negligencia o mala práctica. En los últimos años, estamos asistiendo a un número de demandas en los países occidentales por mala práctica⁵, y ha determinado lo que llamamos la medicina defensiva⁶; en la que aumentan los costes de los servicios sanitarios por el incremento de pruebas diagnósticas. La importancia de este problema ha determinado la implicación por parte de los colegios profesionales y la elaboración de guías de prevención y actuación ante este problema⁷.

Limitación del esfuerzo terapéutico

En la parte central del filme, se plantea una situación clara sobre el aspecto bioético de la limitación del esfuerzo terapéutico⁸. Este concepto consiste en no

aplicar medidas desproporcionadas a un paciente con mal pronóstico vital y/o con mala calidad de vida. En la película se plantea el caso de una mujer de 88 años con cáncer diseminado en fase terminal y con dolor intenso (8 en escala de 0-10). Se plantean las 2 modalidades de limitación del esfuerzo terapéutico; por un lado, el *“no iniciar una medida”* por considerarse desproporcionada o *“withholding”* y por otro lado, *“el retirar una medida”* o *“withdrawing”* porque no se considera beneficioso globalmente para el paciente.

En un momento de la cinta, vemos un ejemplo de situación de *no iniciar una medida*: el médico responsable (Abdel) tras valorar las situación terminal e irreversible de la paciente y después de hablar con ella quien le expresa verbalmente su deseo de no prolongar artificialmente su vida y escribe al comienzo de la historia clínica: *“no reanimar”* (en francés: *Ne pas réanimer*) (Foto 3).

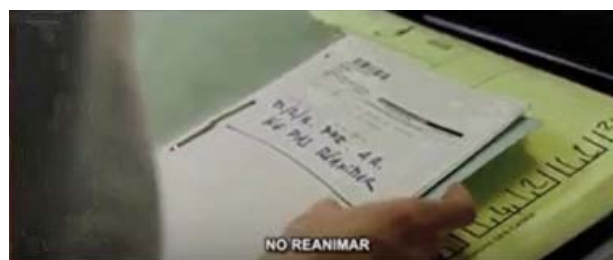


Foto 3. Vemos al comienzo de las órdenes médicas: *“no reanimar”*.

Poco después, se discute entre médicos y enfermeros si está indicado o no la colocación de una sonda nasogástrica para la alimentación parenteral en esta paciente. Hay médicos partidarios de colocarla (Dra. De Normandie, Adjunta) y médicos en contra (Abdel considera la medida como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico). Al final se decide colocar la sonda nasogástrica.

Poco después, vemos otros 2 claros ejemplos de limitación del esfuerzo terapéutico en su vertiente de *retirada de una medida*: se decide retirar la sonda nasogástrica porque considera que el perjuicio (dolor, malestar, agitación de la paciente, inmovilización) (Fotos 4 y 5) es superior al beneficio (alimentación).

Posteriormente la paciente sufre una parada cardio-respiratoria y es reanimada por los intensivistas. Se discute por qué se reanimó, si era terminal y ponía no RCP y al final, los 2 médicos responsables de la paciente (Benjamin y Abdel) de forma consensuada con la familia, deciden *“desconectar”* a la paciente.

Tras la muerte de la paciente producida por la desconexión, se produce una reunión con todo el personal para valorar si la decisión fue correcta o errónea. Uno de los protagonistas, el Dr. Abdel; quién tomó la decisión justo con Benjamin que estaba de guardia, justifica su decisión avalándola por la ley Leonetti⁹. Esta ley aprobada en Francia en 2005¹⁰ prohíbe el ensañamiento tanto diagnóstico como terapéutico y autoriza la no administración o la retirada de aquellos tratamientos cuando parezcan “inútiles, desproporcionados o que no tengan otro efecto que únicamente la preservación artificial de la vida”. El alivio del dolor es un derecho fundamental de los pacientes. La ley también permite a los médicos administrar a los pacientes “en una fase avanzada o final de una afección grave e incurable” tratamientos analgésicos según sea necesario, incluso si estos tratamientos, como un efecto secundario, aceleren su muerte. La redacción de las directrices anticipadas sobre el final de la vida constituye un nuevo derecho de los pacientes en esta ley. La decisión de retirar o mantener un tratamiento en un paciente incapaz de expresar su voluntad tiene que tomar en cuenta los deseos que pudieran haber expresado a través de directivas anticipadas y / o los deseos de una persona de confianza o, por último, de la familia. Antes de tomar cualquier decisión, los médicos deben respetar un procedimiento médico colegiado. Posteriormente en 2015 se aprobó una nueva nueva proposición de ley donde “no se autoriza ni la eutanasia ni el suicidio asistido, pero insta el derecho a una sedación profunda y continua, hasta la muerte, para los enfermos en fase terminal y da fuerza a las directivas anticipadas”¹¹.



Fotos 4 y 5. Paciente con sonda nasogástrica que le genera malestar, dolor y agitación que obliga a proceder a sujeción mecánica en las manos.”.

En el caso presentado en la película, los 2 médicos que tomaron la decisión lo hicieron de forma consensuada con la familia. A pesar de eso, el consejo de disciplina del hospital penaliza a los 2 médicos implicados en la decisión por no haberse tomado de forma colegiada: a Benjamin, por imprudencia, pero con la eximente de inexperiencia y a Abdel de forma más severa. A pesar de que la sanción acabaría con la carrera profesional del argelino, los problemas laborales de sus compañeros determinan que logran presionar a la dirección médica como en Fuente Ovejuna y acabar con la sanción por considerarla injusta.

Ironía y humor sarcástico

A lo largo de la película, la trama argumental dramática se ve intercalada de pequeños momentos de humor, ironía, sarcasmo e incluso de surrealismo. Entre ellos se encuentran:

1. Tanto al principio de la película como al final, Benjamin va a recoger una baja que tiene “manchas limpias”.
2. Un enfermero viendo la serie “House” en la televisión: medicina televisiva (House) frente a medicina real (Hipócrates) (Foto 6).
3. Durante una comida en el comedor de médicos, uno de los nuevos residentes habla del caso clínico de una de sus pacientes. Al parecer eso está “prohibido” y como penalización aparece una ruleta surrealista con posibles castigos.
4. Pared del cuarto de médico de guardia: está lleno de pintadas donde se puede leer: “La vida es una enfermedad de transmisión sexual”, “Tu futuro depende de tus sueños; no pierdas tiempo” ...“Vete a la cama”.
5. Jugando al fútbolín: en una escena los residentes están jugando al fútbolín dentro del hospital y discutiendo de la responsabilidad del residente.
6. Corte de pelo de Benjamin en el hospital . Uno de los enfermeros intenta cortar el pelo a Benjamín.
7. Canción satírica sobre la enfermedad y la baja laboral. Durante una cena en el comedor de médicos, los residentes cantan canciones irónicas sobre la enfermedad y la baja laboral.

8. Fiesta de disfraces en el hospital: alcohol y ruido. Se celebra una fiesta de disfraces en el hospital y la mayor parte de los residentes beben alcohol hasta llegar a la intoxicación etílica.



Foto 6. Capítulo de *House* en la TV del hospital.

Creemos que esta película puede ser una excelente herramienta pedagógica: por un lado, para que la población general conozca mejor cual es la realidad asistencial en comparación con las irreales series televisivas de médicos, así como en la formación del médico en la asignatura de bioética¹². De igual forma, creemos que las series de médicos aunque no son tan realistas como pueda ser esta película, podrían; asimismo, utilizarse como herramientas docentes en estudiantes de medicina-enfermería¹³, destacando en ellas, cuánto hay de realidad y cuánto de ficción.

Referencias

- Haboubi HN, Morgan H, Aldalati O. Hospital doctors' Opinions regarding educational Utility, public Sentiment and career Effects of Medical television Dramas: the HOUSE MD study. *Med J Aust.* 2015;203(11):462-6.
- Informe de la comisión central de deontología sobre la imagen que los seriales médicos de televisión ofrecen sobre los médicos y la profesión médicas en general. 2007.
- Pintor E, Rubio M, Herreros B, Corral OJ, Buzón L y Vivas E. Series médicas en televisión vistas por estudiantes de medicina. *Educ Med* 2012; 15 (3): 161-6.
- Pardo A. Los intereses de la clase médica. *Red Med Univ Navarra* 2009;53(3): 17-9.
- Bonetti M, Cirillo P, Musile Tanzi P, Trincherio E. An Analysis of the Number of Medical Malpractice Claims and Their Amounts. *PLoS One.* 2016;11(4):e0153362.
- Reschovsky JD, Saiontz-Martinez CB. Malpractice Claim Fears and the Costs of Treating Medicare Patients: A New Approach to Estimating the Costs of Defensive Medicine. *Health Serv Res.* 2017 doi: 10.1111/1475-6773.12660.
- Bruguera M, Arimany J, Bruguera R, Barbería E, Ferrer F, Sala J et al. Guía para la prevención de denuncias por mala practica médica, como actuar cuando suceden y como defenderse en los tribunales. *Rev Cli Esp.* 2012;212(4):198-205.
- Herreros B, Palacios G, Pacho E. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Rev Clin Esp* 2012; 212: 134-40.
- Lesieur O1, Leloup M, Gonzalez F, Mamzer MF, EPILAT study group. Withholding or withdrawal of treatment under French rules: a study performed in 43 intensive care units. *Ann Intensive Care.* 2015;5:15.
- Baumann A, Audibert G, Claudot F, Puybasset L. Ethics review: end of life legislation--the French model. *Crit Care.* 2009;13(1):204.

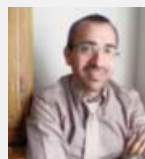
11. Boulanger A, Chabal T, Fichaux M, Destandau M, La Piana JM, Auquier P et al. Opinions about the new law on end-of-life issues in a sample of french patients receiving palliative care. *BMC Palliat Care* 2017;16(1):7.

12. Astudillo Mendinueta W, Mendinueta Aguirre C. El cine en la docencia de la medicina: cuidados paliativos y bioética. *Rev Med Cine [Internet].* 2007;3(1): 32-41.

13. Williams R, Evans L, Alshareef NT. Using TV Dramas in Medical Education. *Educ Prim Care.* 2015;26(1):48-9.



Emilio Pintor Holguín es doctor en Medicina y especialista en Medicina Interna así como catedrático de Medicina Interna en la Universidad Europea de Madrid donde imparte clases de Semiología y fisiopatología en el grado de Odontología. Ha realizado diversos trabajos de investigación sobre el impacto de las series médicas en los estudiantes de medicina y enfermería así como de la posible utilidad del cine y de las series de televisión de carácter científico como herramientas docentes en grados de ciencias biomédicas.



Benjamin Herreros Ruiz-Valdepeñas es doctor en Medicina y especialista en Medicina Interna. Máster en Bioética, UCM, y Máster Internacional en Derecho Sanitario, UE (Universidad Europea). En la actualidad comparte su actividad asistencial en el servicio de Medicina Interna de FHA con su actividad docente en la asignatura Bioética en la UEM y en el Departamento de Legislación Sanitaria y Toxicología de la Facultad de Medicina de la UCM. Director del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés - UE. Ha publicado diferentes libros sobre el cine y la medicina, y es el director Seminarios de Medicina y cine del colegio de Médicos de Madrid (ICOMEN).



Pedro Gargantilla Madera es licenciado en Medicina y especialista en Medicina Interna así como profesor asociado en la Universidad Europea de Madrid. En la actualidad comparte su actividad asistencial en el servicio de Medicina Interna del Hospital del Escorial con su actividad docente en la asignatura Historia de la Medicina en la UEM. Ha publicado diferentes libros sobre divulgación científica, sobre historia de la medicina (recientemente "enfermedades que cambiaron la historia") así como patobiografías de los reyes españoles. Es miembro de la asociación de Prensa y Medicina.



Enrique Vivas Rojo es doctor en Medicina y especialista en Alergología así como profesor asociado de la Universidad Europea de Madrid donde imparte clases de Introducción a la práctica clínica y de historia de la medicina. Colabora con diferentes medios de comunicación y ha sido profesor emérito de la facultad de ciencias de la información de la UCM. Es miembro de la asociación de Comunicación científica. Su tesis doctoral trató sobre la visión del médico y la medicina en el cine español de la década de los 40. Ha realizado diferentes trabajos sobre docencia y cine. Es uno de los directores de Seminarios de Medicina y cine del colegio de Médicos de Madrid (ICOMEN).