

Crónicas, Variedades y Comentarios

Los Siete Pecados de la Medicina

Por RICHARD ASHER, M. D. (Londres).

Hay un sinnúmero de pecados médicos, pero voy a comentar siete de ellos en la esperanza de que los estudiantes que deseen evitarlos puedan hacerlo, y que los que quieran entregarse a ellos puedan ampliar su repertorio o mejorar su técnica. Los siete pecados son: oscuridad, crueldad, malos modales, superespecialización, amor a lo raro, estupidez y pereza.

OSCURIDAD

El estilo claro y las frases cortas son lo ideal en la escritura y en la lectura. La oscuridad hace difícil la comprensión, confundiendo con profundidad de ideas, de la misma manera como un charco pantanoso puede parecer profundo. He aquí un ejemplo de un artículo reciente, en que los autores quieren decir: "Nosotros juzgamos la salud de los hombres por sus ambientes de trabajo y por sus hogares", pero ellos para decirlo usan esta otra frase: "Está en general aceptado que la evaluación del estado de nutrición de una comunidad debería comprender una valoración de las condiciones del medio ambiente en que cada miembro vive y trabaja". Como ha señalado Ivor Brown (1), semejante escrito es un lento goteo de palabras en lugar de una argumentación enérgica y clara.

La reiterada negativa es un modo frecuente de dificultar la comprensión de una manifestación, como cuando leemos: "No quiere decir que sea frecuente que la ausencia del bacilo tuberculoso no sea invariablemente investigada". Pocos de nosotros podemos decir si el bacilo está presente o no (ni nos preocupamos).

Prevengo a los estudiantes que levantan historias clínicas, que no cambien el lenguaje simple de sus pacientes por la jerigonza de sus libros de texto. Si un paisano dice: "Cuando voy subiendo una montaña, a mitad de camino siento que estoy listo". Convendría escribir estas mismas palabras en vez de: "El paciente se lamenta de que durante un paseo, en moderada subida, sufre una sensación de muerte inminente".

CRUELDAD

A-Crueldad mental.—Este es probablemente el más importante y predominante pecado de la lista que he elegido. En general es debido al descuido y no deliberado. La crueldad mental es común y se presenta de tres maneras: 1) diciendo demasiado; 2) diciendo demasiado poco; 3) olvidándose del paciente.

1) Diciendo demasiado, a menudo cargamos al paciente con una ansiedad que se añade a la enfermedad que queremos aliviar. Muchas veces he visto pacientes que se sentían bien hasta que se les dijo que tenían una presión alta o soplo cardíaco, y desde entonces estuvieron afligidos por varios síntomas penosos, recogidos en rumores, en anuncios de medicamentos "patentados" o en "El médico en casa". Antes de hablar al paciente de su enfermedad, es esencial considerar si se lo ayudará o se lo dañará, y con un poco de práctica se aprende lo que conviene decir.

2) Diciendo demasiado poco se le puede inculcar el temor de lo desconocido; los vacíos pueden ser llenados con suposiciones alarmantes o con supersticiones. Por ello hay que dar alguna explicación al enfermo. Verá que sus temores eran infundados y además, si cae bajo el cuidado de otro médico, podrá referirle más o menos bien lo que ha tenido. El doctor debiera saber que los temores y supersticiones son comunes entre los pacientes de modo que puede aquietarlos y evitar la crueldad mental. Por ejemplo: Un paciente con herpes zoster casi siempre ha oído decir a su abuela que "si se unen en la línea media uno se muere", y no puede sentir mucho alivio con la idea de que esto ocurra. Pacientes con lgera artritis están aterrados por temor de quedar "lisiados con reumatismo", como otros con bronquitis temen la tuberculosis. En estos casos la tranquilidad es más importante que la medicina, y es tarea del médico eliminar esos temores, si es posible.

3) Olvidando al paciente. Me refiero a la enseñanza y discusión junto al lecho del enfermo, donde éste es considerado como inconsciente, o discuten como si el paciente estuviera ya tendido en la mesa de autopsia. Hay que acordarse que los pacientes tienen oídos, y que los murmullos "sotto voce" sobre enfermedades polisilábicas son duros alfilerazos en su corazón.

B-Crueldad física.—El exceso de investigación es una forma de crueldad física. Si un pobre hombre está muriendo con múltiples metástasis de un cáncer primitivo que pronto será descubierto en la necropsia, es cruel hacerle penoso los últimos días jugando a "la caza del primitivo" como si se jugara al "pañuelo escondido", en sociedad con radiólogos y patólogos. Los pacientes que están muriendo del corazón son menos infelices sin sondeos cardíacos, sin pinchazos arteriales y otras pruebas que entusiasman a los que juzgan a un enfermo del corazón por su potencia cardíaca en litros por minuto más bien que por el número de pedaños que puede subir.

Hay otras crueldades menores que pueden evitarse fácilmente.

No administre diuréticos mercuriales a la tardecita para no tener al paciente orinando toda la noche. No haga pruebas de comida fraccionada a un paciente con anemia perniciosa cuya hemoglobina ande alrededor de 20%; déle primero un tratamiento de hígado, y su aclorhidria no se irá, pudiéndose dar el gusto de investigarla concienzudamente después. No juegue a "empujar al parkinsoniano". Hay otros síntomas, sin entretenerse en agredir-

lo por detrás, para ver si se tambalea para adelante. No ponga tira emplástica sobre miembros velludos: puede fácilmente hacerlos afeitar previamente. No ponga instalaciones aparatosas de esas controleys junto a la cama para inyectar continuamente a su paciente, hasta que no le haya dado primero algunas palabras de explicación que lo tranquilicen.

MALOS MODALES

Si los estudiantes no aprenden buenos modales mientras estudian medicina, quedarán en gran desventaja al tratar con pacientes, enfermeras y colegas.

Con los pacientes. Le pedí una vez a un estudiante que examinara el abdomen de una paciente acostada en una camilla del consultorio externo. Casi se tiró sobre la camilla, arrojó la manta, dejó caer su mano sobre el abdomen, y gritó: "¡D'os, que Belleza!" (se refería al abultado bazo de la enferma y no a su apariencia personal) y se dió por satisfecho. Tal conducta debe ser condenada.

Otras formas de malos modales son: 1) impaciencia al levantar la historia de un enfermo torpe; 2) hacer bromas a costillas del enfermo; 3) leer el periódico del paciente que está sobre la cama y observar con más interés los títulos que lo que está contando el enfermo.

Con las enfermeras. Los estudiantes descubrirán que un cortés "buenos días" a las enfermeras facilita el trato con los pacientes y con el equipo de guardia (En Norte América la expresión "Buenos días, hermana" debe evitarse porque equivale a "¿Cómo le va, querida" Muchos estudiantes llaman a una enfermera como los clientes impacientes llaman al mozo en un restaurant.

Con los Colegas. Años atrás, un estudiante hubiera sacado sus manos de los bolsillos aun delante de un archivero, y hasta hubiera bajado la vista ante la mirada del jefe. Posiblemente el cuerpo médico tenía demasiada majestad y pompa en aquellos días, pero al perderla hoy, se ha ido en dirección opuesta, pasándose a la otra alforja. En todo caso, ruego a los estudiantes que no examinen un abdomen con una mano metida en el bolsillo, porque es un modo ineficaz de palpar: irritará a los médicos y causará mala impresión en la sala de exámenes. Los estudiantes debieran usar un respeto razonable para con sus mayores, descartando las deferencias zalameras. Les pido cautela contra los malos modales cuando vayan adelantando, y les sugiero cortesía como "pedir permiso a sus colegas" antes de ver un caso de sus guardias, escribirles para felicitarlos por sus publicaciones o relatos, etc.

SUPER-ESPECIALIZACION

Es lógico que un médico tenga especial interés y conocimientos sobre un tema, pero está mal que demuestre indiferencia e ignorancia sobre los otros. Un buen médico debiera ser capaz en to-

días las cosas y maestro en una. Por ejemplo: Un cirujano debiera ser capaz de aconsejar una dieta a un paciente con obesidad simple, sin mandarlo a un endocrinólogo; un ginecólogo debiera tratar una moderada anemia por deficiencia de hierro, sin enviarla al especialista en sangre; un práctico debe ser capaz de abrir un pequeño absceso. He conocido un oculista que viendo un caso de retinitis pigmentaria, escribe: "Esto puede ser parte de un síndrome de Lawrence Moon-Biedl; ¿hay alguna evidencia de polidactilia?" Para que un oftalmólogo se sienta él mismo incapaz de contar dedos, convéngase que está en el límite de la superespecialización, y si no se hace algo por detener esa tendencia, tendremos algún día un especialista para el primer ruido del corazón y otro a quien sólo concierne el segundo ruido, etc.

Tal vez el rasgo peora de la especialización es el que hace sentir a los médicos que están obrando mal aun con el caso más simple si entran en el área "tabú" de la especialidad de otro. Esto ocurre particularmente con la psiquiatría, que es mirada por otros médicos como una mezcla de sospecha, reverencia y ridículo. En "Blithe Spirit", de Noel Coward, un personaje, refiriéndose a la psicoterapia, dice: "Me niego a soportar meses de costosa humillación, para llegar a la conclusión de que a los 10 años estaba desesperadamente enamorado de mi caballo hamaca". Un cirujano o un médico, frente un paciente que exhibe algún síntoma "funcional", es capaz de adoptar una actitud similar, sintiendo que el origen de los síntomas de la psiconeurosis más simple, yace enterrado en un misterioso abismo en que únicamente un experto puede hurgar impunemente. Un abismo de complejos y represiones donde nada es lo que parece ser, y donde cada cosa simboliza algo indecente. Es una actitud insensata. Un médico o un cirujano conscientes deberían ser capaces de dar un consejo sabio en un simple caso de neurosis.

Además, hay una complicación de la especialización que permite a las abejas permanecer sin molestias dentro del gorro de su amo, cuando los alérgicos miran al mundo a través de vidrios coloreados y de miope, a un mundo donde todo es alérgico.

AMOR A LO RARO

Este pecado prevalece más entre los estudiantes, porque ellos necesitan la experiencia que enseña cuáles enfermedades son raras y cuáles son comunes. Este pecado es responsable de tantos fracasos de los "traga libros" en los exámenes. Se olvidan que las cefaleas y los vómitos son debidos con más frecuencia a la jaqueca que a un tumor cerebral, o que una epístaxis es más a menudo debida a sonarse torpemente la nariz que a telangectasia hereditaria múltiple, o que una pequeña atrofia de los músculos de la mano en la edad avanzada se debe con más frecuencia a una artritis reumática que a enfermedad de la neurona motriz o a una costilla cervical.

COMUN ESTUPIDEZ

Con esto quiero significar lo opuesto al sentido común, en realidad: falta de sentido común. Hay varias clases de este pecado, pero pienso que el tipo más corriente es lo que podríamos llamar automatismo terapéutico. Ninguna enfermedad tiene un código rígido de tratamiento para seguir en todas las circunstancias; se debe cortar el saco terapéutico según el género mental y económico de cada paciente. Es pura tontería ordenar un régimen para una mujer activa de la clase trabajadora, con instrucciones de añadir a lo prescrito, al cuarto día, 100 grs. de mujil rojo cocido al vapor. He visto el más fino ejemplo de automatismo terapéutico cuando, hace muchos años, era estudiante, mientras patinábamos con un compañero en un lago helado. Una mujer se cayó y se rompió la tibia. Yo quise tratarla, pero sólo era un estudiante. "No debe ser movida hasta que llegue el médico; debemos tratarla de shock", gritaba mi amigo a todos los circunstantes.

Desde una casa vecina vinieron las sirvientas con botellas de agua caliente, mientras algunas señoras condolidas prestaban sus tapados. Así se amontonaron pieles de foca, de nutria, de visón y otras. La pobre accidentada gemía bajo su montón de pieles. "El tratamiento de shock es siempre calor," decían y repetían las mujeres (que debían haber tomado sus cursos de cruz roja) pero yo había estudiado física y pensé que otro factor estaba en juego. Pensé que el calor puede ser bueno para el shock, pero que también... dermite el hielo. Sólo a último momento todas esas celosas aficionadas a primeros auxilios quedaron persuadidas de que era mejor abandonar su sistema, y sacaron del hielo a la pobre señora, que sin eso se hubiera perdido junto con las pieles al resquebrajarse el hielo sobre el lago. Menciono esto para demostrar que no siempre los pacientes deben ser tratados por lo que se aprende de memoria, ya que puede haber circunstancias especiales...

PEREZA

La pereza médica puede ser física o mental. La pereza física existe más de lo que quisiéramos admitir. Como los bancos de sangre hacen transfusiones fácil y rápidamente, el número de transfusiones se cuadruplicó en pocos años, lo cual hace lamentablemente ostensible que la facilidad del tratamiento, más que su urgencia, pueda decir que se haga o no.

Esta pereza provoca a veces la omisión de determinar la presión sanguínea, o efectuar una oftalmoscopia, y tuerce en ocasiones ritos asépticos (si una aguja de punción lumbar toca la ropa de cama es tentador pretender que no se ha notado). La pereza puede también afectar la labor de la enfermera, quien cansada de contar las respiraciones, añade otro 20 a la fila de veintes que ya están en el cuadro, y esto puede restarle la confianza del médico.

La pereza mental es más común y más importante. Al levantar una historia puede ser peligrosa. Si el día es caluroso, el pa-

ciente un poco sordo, y el médico está apurado, la historia se adereza con reminiscencias e inconexiones, y se requiere enorme paciencia y concentración para poder luego destilar su esencia.

Una forma inconsciente de pereza necesita mención especial. No acepte el diagnóstico del paciente mientras le hace la historia, sin buscar los síntomas. Una fiebre reumática a la edad de 10 años es importante, pero necesita comprobación lo declarado por el paciente. Puede haber estado un día en cama con un dolor en el tobillo y su tía fue la que dijo fiebre reumática, o por el contrario, puede haber estado 2 ó 3 meses en cama con fugaces dolores articulares iniciados después de un dolor de garganta. Lo mismo con respecto a la alimentación (problema tan importante de la historia en casos de anemia), no anote "adecuada" o "regular" sin investigar exactamente lo que su paciente come en cada comida. Quedará Ud. asombrado de cuántas mujeres están viviendo de pan y manteca y un sinnúmero de tazas de té.

Finalmente, cuídese de la pereza mental. Si es demasiado perezoso para pensar por sí mismo, Ud. será fácilmente víctima de las publicaciones responsables, aceptando ciegamente el mito contra el que John Forbes (2) nos ha prevenido tan hábilmente. Si Ud. cultiva una duda saludable (sin ser escéptico) podrá temer la experiencia de la Rema de las Hadas citado en "Yolanthe":

Ante el fuego que brilla
con calor intenso,
yo trabajo en la calceta
del sentido común
y me va saliendo barato.

Adopte por favor esta actitud en cada cosa que le dije, aunque piense que mucho de ello puede ser tontería.

The Lancet, agosto 27 1949

(Versión de P. Lernoud).

1. Just another word, Londres 1943. The Lancet, aug. 27-1949.
2. The Lancet, 1946-11-293.

(Tomado de "El Día Médico")