

El empecinamiento diagnóstico y el encarnizamiento terapéutico alteran la relación médico-paciente

Héctor A Figini

Prof Adj de Neurología, UBA, Ex-Jefe Neurología Htal Fernández,
Miembro New York Academy of Sciences.

*Resulta difícil enfrentar los errores de la época.
Si los combatimos, nos quedamos solos. Si cedemos
ante ellos, no conseguimos ni honor ni alegría.*

JW Goethe

Resumen

Se intenta explicar los mecanismos de dos aspectos del acto médico actual que muestran el deterioro que ha sufrido la tradicional relación médico-paciente. El primero, el empecinamiento diagnóstico, surgió por la frecuencia con la que muchos médicos se dedican a atender un cuerpo enfermo como si fuera una máquina descompuesta y no una persona necesitada de ayuda. El segundo, el encarnizamiento terapéutico, se evidencia en enfermedades terminales, incurables o en ancianos con una sumatoria de complicaciones, administrando todo tipo de tratamiento sin atender al bienestar de un período terminal de la vida.

How the stubbornness diagnostic and the therapeutic bitterness have altered the doctor-patient relationship

Summary

One tries to explain the system, which encouraged the two aspects of the medical action at the present time, showing the deterioration that has suffered the traditional doctor-patient relationship. The first one, the stubbornness diagnostic, due to the frequency that a doctor treated an ill body, as if it were a broken machine instead of a person in need of help. The second one, the therapeutic bitterness, shows itself with terminal illnesses, incurable or with old people having a serious medical complications, administering all kind of treatments, but without considering the wellbeing of a person at the end of their life. Also when there are unnecessary surgeries or following the rules of Medicine Based on Evidence, it is important to follow the patient with comprehensible explanations keeping only with rational proves.

La salud no es solo la ausencia de enfermedad, es la capacidad de adaptación al medio y las circunstancias, pero en la sociedad moderna, consu-

mista y competitiva la gente usa su cuerpo como una herramienta de trabajo y cuando siente que algo anda mal, llevan esa "herramienta" al taller del médico (M) con la expectativa de que la repare como mejor pueda. La vida se ha medicalizado y solo de los M depende definir quién está enfermo, como si la gente no supiera cuándo ha perdido la salud.

Los antiguos M de cabecera son una especie en extinción. La medicina científica, la industria farmacéutica y de los aparatos de diagnóstico y tratamiento se han unido en una poderosa alianza, privilegiando a la tecnología. Pero cada paso adelante de la medicina científica fue seguido por un oleaje de dilemas morales.

El M de otros tiempos conocía como un ser individual a cada uno de sus pacientes, sus características peculiares y detectaba síntomas y signos menos perceptibles con esa paciente y cuidadosa escucha durante la consulta inicial. No se pueden descartar los dichos de G Marañón: "El invento más importante de la medicina es la silla en que se sienta el paciente para contar sus problemas a ese médico que escucha en la intimidad del consultorio"; "La medicina como profesión es excelsa, pero como ciencia es muy humilde".¹

El paternalismo del M ha desaparecido y la tendencia creciente de intervenciones judiciales en los asuntos médicos ha llevado a una total falta de confianza entre el paciente y quien lo atiende. En la práctica diaria el M ha terminado siendo un "prestador eficiente" controlado por los auditores y el enfermo, esa persona necesitada de ayuda que confiaba siempre en "el doctor", quien se ha convertido en un "cliente exigente" comparable con quienes recorren un supermercado en busca del mejor producto.

La relación médico-paciente, el trato de dos personas razonables -una necesitada de ayuda y otra preparada y dispuesta a brindarla-² ha perdido prolijidad y calidez. Para su mejor análisis se la podría analizar en dos etapas. La primera, el encuentro inicial, basado en la *anamnesis* y el examen clínico, en ella suele predominar el empecinamiento diagnóstico, es decir, buscar todas las evidencias posibles de una alteración orgánica y de su localización, aun-

Correspondencia: Héctor A Figini
E-mail: lusumar@fibertel.com.ar

que se retarden los tratamientos para alivio, ayuda o recuperación. Esa actitud se acompaña de una información poco comprensible, un lenguaje cientifista, tecnicado y a veces una comunicación violenta acerca del diagnóstico. En la segunda se destaca el encarnizamiento terapéutico en el que no se atiende al bienestar del enfermo y a la relación entre los riesgos o beneficios del tratamiento y se menosprecian los eventuales efectos secundarios.

La calificación de empecinamiento diagnóstico surgió como resultado de una actitud cada vez más frecuente por parte de muchos M que imbuidos de omnipotencia y estimulados por la tecnología han llegado a creer que todo se puede diagnosticar y toda anormalidad puede ser corregida en base a su sabiduría y sus habilidades.

El M cuando tiene experiencia debe muchas veces mentir, no solo por caridad, sino con el fin de mejorar el estado que vive el enfermo y lo importante es que entienda que es tratado como una persona normal y no como quien ya no puede valerse solo. La información real de una enfermedad grave suele ser acompañada por una reacción depresiva, muchas veces catastrófica por parte del enfermo, de manera que los tratamientos con la sugerencia de buenas expectativas resultan más eficaces.

Lamentablemente el M actual no logra unir en su accionar a un profesional que sabe no solo curar sino también cuidar, a un investigador, a un entrenador y a un buen comunicador.

No reconoce la diferencia entre el acto médico actual y la relación que se establecía tiempo atrás entre el paciente y el M de barrio o de familia, de la que conocía varias generaciones, sus antecedentes, carácter y personalidad, condiciones laborales, sociales, afectivas y económicas. Ante dudas y temores era usual la tradicional y cariñosa palmada en el hombro: "No se preocupe, lo veo la semana próxima, si lo cree necesario, puede llamarme".

La enfermedad no puede ser considerada solamente en lo esencial de la misma, sino en relación a lo existencial de la persona que la padece. Como afirmaba W Osler:³ "Es mucho más importante saber qué clase de paciente tiene la enfermedad y no qué enfermedad tiene ese paciente".

Cada M tiene una particular personalidad y temperamento, que lo lleva muchas veces a actuar de manera inadecuada ante casos difíciles, conflictivos o incurables. Generalmente los más jóvenes sienten la necesidad de curar, privilegiando un diagnóstico preciso y postergando o menospreciando una actitud de alivio. Pero el extremo opuesto, también puede ser desastroso cuando se calma de cualquier manera un dolor o una molestia y se está ocultando un mal orgánico grave. No hay que olvidar que la palabra curar procede del latín *curare* que significa cuidar.

Con relación al "encarnizamiento terapéutico", esa segunda fase del acto médico deshumanizado, podríamos aclarar que predomina en diversas cir-

cunstancias del encuentro médico-paciente.

1) En procesos incurables o en casos graves que no han respondido a medicamentos habituales se insiste en otros tratamientos que agregan nuevos malestares, sin aliviar molestias. "¿Cuánto dolor, sufrimiento, limitación, temor debe soportar solo el paciente y cuándo empezará el médico a ayudarlo?"⁴ Allí aparece la importante diferencia ya comentada, con el tradicional M de familia, que podía intuir muy bien cuáles eran las actitudes del paciente y su familia ante la enfermedad y la muerte.

Cabe también preguntarse si la finalidad de la administración de determinada medicación es en beneficio del enfermo o por la conveniencia del médico. Hay que admitir la realidad del llamado efecto placebo, que dependiendo de la actitud afectuosa del M, puede aliviar molestias y en muchos casos puede convencerlo para que aún con sus limitaciones se tranquilice ante la idea de una recuperación.

2) Estadios terminales en los que el M actúa por su cuenta, sin consultar a familiares o acompañantes para que participen en la toma de decisiones.

Hay que reconocer que muchos familiares no están de acuerdo con prolongar la vida cuando el paciente no tiene conciencia de su estado, está en coma o cuando saben que él preferiría morir y no seguir sufriendo dolores, graves malestares, plena limitación de actividades físicas y/o mentales. La historia muestra que siempre existió la expectativa de una vida mejor que la que le ha tocado vivir a cada uno y en Occidente a partir de los progresos tecnológicos, hay una sensación horrorosa de la muerte. Es así como surgió la eutanasia pasiva. "La eutanasia pasiva es parte de la Ética Médica porque la deshumanización de la muerte influye en la desvalorización de la vida".⁵ En síntesis, implica limitar todos los tratamientos y cuidados al bienestar de esa persona.

3) Ancianos con la sumatoria de patologías y complicaciones que son habituales con el paso de los años (demencia, masiva lesión vascular cerebral, múltiples metástasis cancerosas, etc) postrados, mentalmente confusos y con empeoramiento paulatino. En esos casos tanto los familiares como el M deben tener en cuenta la edad del enfermo para valorar los efectos probables de una intervención o tratamiento y sopesar el malestar, la indignidad y el costo comparados con los beneficios. Es algo aceptable desde la ética, pero difícil en la práctica. Al respecto de lo que venimos diciendo, la Gerontología nos ha enseñado que con la edad avanzada se van reduciendo notablemente las reservas celulares, tisulares y funcionales de todos los órganos.

Los M hemos aprendido a prolongar la vida, pero muchos no saben cómo asistir a un moribundo, comprender su lenguaje y respetar su deseo de morir en su casa con su familia. Transmitirle solidaridad, acompañarlo, reiterar el diálogo y los contactos manuales, algo que muchas enfermeras hacen mejor que nosotros.

4) Cirugía supuestamente preventiva, extirpación o amputación exagerada, extracción masiva de órganos, lo que J Attali llamara "canibalismo quirúrgico".⁶ El cirujano suele actuar como un jefe, como una persona ejecutiva que se siente dominador de quienes le rodean.⁷ En este sentido los M generales son el lado opuesto al bisturí de los cirujanos.

Cada profesional debe estar atento a su propia persona y a las circunstancias que aseguren la calidad de su accionar. Si su estado emocional no es bueno, no estará dispuesto a escuchar a su "cliente" y responder a sus preguntas, dudas o temores con explicaciones adecuadas antes de la operación.

Pocos cirujanos tienen la paciencia de hablar con el enfermo ya instalado en el quirófano y muchos usan gestos pidiendo silencio, dada la urgencia de sus tareas, quedando a cargo del anestesta una posible y limitada información hasta que el paciente se adormece.

En los días siguientes a la operación, en sus fugaces visitas, el cirujano muestra su orgullo ante la recuperación del enfermo y aunque ha sido poco explicativo, a veces lo recrimina: "¿Cómo no sabía que le íbamos a amputar parte de la pierna?". "No puede ser que esa herida duela tanto como usted dice". "No se siente mejor debido a su mal carácter".

Con el paso de los años hemos visto cómo quedaron descartadas por innecesarias ciertas operaciones que estuvieron de moda como la de amigdalitis, la hernia del hiato, la protrusión del disco lumbar, el estómago caído y otros trastornos que hoy se califican de funcionales. Hay que reconocer que para cualquier individuo no es lo mismo la extirpación de parte del bazo, del hígado o del intestino, que una mano o la mitad de su pierna.

5) Decisiones que algunos M toman de la llamada Medicina Basada en la Evidencia (MBE), sin información al paciente y a los familiares. Ha sido definida como: "La utilización escrupulosa, explícita y juiciosa de los hechos habitualmente demostrados, a fin de adoptar decisiones para asegurar los cuidados en cada caso individual".⁸

Ese moderno recurso informático ha sido centro de una polémica sin fin, pues aleja al M del hábito de pensar ante la compleja situación de una persona enferma, sustituyendo la calidez humana por las normas y directivas que aparecen en una computadora. El profesional actual debería realizar su trabajo con los conocimientos aceptados y reconocidos en el momento que le toca vivir y con los recursos accesibles que el medio le brinde. No se puede exigir que sea profesor en su materia y menos investigador como afirmaba Ortega y Gasset: "que sea buen médico, lo que ya es bastante importante y que deje la ciencia para los científicos".

Ante los reiterados temores de algunos enfermos es imprescindible conocer las actitudes que hay que enfrentar, muy relacionadas con la madurez mental

y emocional de cada paciente. En un extremo está esa persona, muy rígida, ordenada, informada, que no se entrega con facilidad a lo que propone el M y en el opuesto alguien dominado por la ansiedad, los temores, la insatisfacción y el requerimiento de más estudios. Para ninguno de esos casos las evidencias que surgen de Internet lograrán tranquilizarlos.

Muchas de las cosas que hemos dicho no son nuevas en la historia. En *Las leyes*, un escrito de Platón, se encuentran expresiones impactantes: "¿Has observado alguna vez que en los estados hay dos clases de enfermos, los esclavos y los hombres libres? Los doctores esclavos visitan y curan a los esclavos, los esperan en los dispensarios, jamás hablan por separado a sus enfermos o dejan a éstos que hablen de sus propios síntomas. El doctor esclavo receta lo que indica la mera experiencia, procediendo como si tuviera conocimientos exactos y cuando ha dictado sus órdenes como si fuera un tirano, se aleja con prisa. Pero el otro doctor, que es libre, atiende hombres libres y se remonta en sus investigaciones, ahonda en la naturaleza del trastorno, se pone a discursar con el enfermo y le enseña todo lo que puede y solo recetará después de haberlo convencido".⁹

Muchos más son los factores que han alterado la relación médico-paciente y ante esa realidad surgen diversas preguntas. ¿La solicitud interminable de estudios de laboratorio o instrumentales se debe siempre a la dudosa existencia de una enfermedad grave o para evitar posibles demandas por errores diagnósticos? ¿Es más importante una RNM o un complejo estudio de laboratorio, que una o varias cuidadosas entrevistas, un adecuado diálogo y un prolijo examen clínico? ¿El objeto real de cada receta es el bienestar del paciente o la conveniencia del M para evitar riesgos o para mantener sus relaciones con la industria farmacéutica? ¿Los bajos honorarios que se cobra trabajando en obras sociales o instituciones de medicina prepaga permiten dedicar más de quince minutos para cada consulta? ¿Los auditores permiten asistir a un paciente dos o más veces por mes?

En 1990 una encuesta en USA mostró que la Medicina Tradicional Ortodoxa o Científica no ofrece lo que la gente anhela y hay evidencias de una creciente fuga de pacientes en busca de otras posibilidades. Así 425 millones de personas buscaron atención en medicinas alternativas como la relajación, las hierbas medicinales, la acupuntura, la quiropraxia, la sanación espiritual y otros enfoques paralelos a lo tradicional y una cantidad menor, 388 millones de pacientes recurrieron a M de familia u otros.¹⁰

Esas actitudes no son novedad pues milenios atrás los chamanes, los magos y los ancianos curadores convivían con los M. En nuestro medio existe un alto porcentaje de personas que hacen consultas en ambas áreas, no han abandonado la medicina tradicional, pero esperan algo más, una mayor calidez en la relación con "esa persona que cura". En la medicina tecnificada actual la "curación" reemplazó

a la "atención", pero debemos aceptar que la gente necesita ambas cosas.

Como se dijera al inicio, hay que aceptar que la nocividad del empecinamiento diagnóstico suele ser seguida por la comunicación violenta y por el encarnizamiento terapéutico, y en relación a todo eso vale recordar a Karl Jaspers que en su libro *La práctica médica en la era tecnológica* destaca la importancia de mantener vigentes los siguientes principios: 1) intervenir lo menos posible, 2) limitarse a medios racionalmente fundados, 3) ofrecer explicaciones comprensibles y adaptadas a cada personalidad, y 4) nunca dejar solo al paciente, acompañarlo siempre.¹¹

En apariencia, para la mayoría de los enfermos y del público la medicina científica no está proporcionando lo que anhela, aunque también cabe aceptar que siguen vigentes muchas expectativas de avances en la aplicación práctica de lo científico.

Bibliografía

1. Marañón G. Vocación, ética y otros ensayos. Espasa Calpe. Argentina, 1948.
2. von Weizsacker V. El hombre enfermo. L. Miracle, Barcelona. 1956.
3. Osler W. Aequanimitas. Blakiston Co. Filadelfia, 1942.
4. Balint M. El médico, el paciente y la enfermedad. Libros básicos. Buenos Aires, 1961.
5. Baliña LM. Problemas éticos vinculados con la muerte. Ética en Medicina. Fundación AJ Roemmers, Buenos Aires, 1982.
6. Attali J. El orden canibal. Vida y muerte de la medicina. Planeta SA. Barcelona, 1981.
7. Bastos M. Elogio y diatriba de la cirugía. Salvat SA. Barcelona 1945.
8. Sackett DL, et al. Evidence Based Medicine, what is it and what isn't. British Medical J 1990;71:312.
9. Schuhl PM. La obra de Platón. Hachette, Buenos Aires, 1954.
10. Galub ES. Los límites de la Medicina. A Bello. Chile, 1996.
11. Jaspers K. La práctica médica en la era tecnológica. Gedisa. Barcelona, 1988.