

Conferencia: La medicina clínica de ayer a hoy.

Vigencia del acto médico y la relación médico-paciente

AE Dr. Benjamín Alhalel Gabay

Como preámbulo al tema de «Vigencia del Acto médico y la Relación Médico-Paciente» expresaremos un breve discurso histórico de la Medicina Clínica de Ayer a Hoy.

Si entendemos por Medicina Clínica a una disciplina de la Medicina en la que el médico ejerce su profesión en base a su relación con el paciente, vamos a recordar cuándo dicha relación se vislumbra y como evoluciona.

LA MEDICINA CLÍNICA DE AYER A HOY

De la revisión de la Historia de la Medicina rescatamos cuatro etapas en el desarrollo de la Medicina Clínica: **la medicina precientífica, la medicina antigua, la medicina moderna y la medicina contemporánea.**

MEDICINA PRECIENTÍFICA ^(1. 2. 3.)

Se conoce que desde hace cerca de 25 mil años el hombre primitivo, en la ignorancia para explicarse una serie de fenómenos naturales, creyó que su mundo estaba poblado de seres sobrenaturales o de espíritus nefastos que regresaban de los muertos para atormentar a los seres vivos, así como que obedecían ciegamente pidiendo favor o castigo al sol, la luna, la lluvia o los rayos. Los ídolos eran los símbolos que adoraban en espera de un favor. Esta es una época quizás de siglos, que pudiéramos llamar fantasmagórica en donde el hombre se atiende a sí mismo en base a **creencias sobrenaturales.**

Surgen los magos y hechiceros practicando la «magia blanca» o buena medicina, o la «magia negra» obra del diablo, la mala medicina. Sabían ofrecer brebajes, mezcla de varios ingredientes, a los que atribuían propiedades milagrosas, sea para beneficio o maleficio a una segunda o tercera persona. En esta época ya existe una relación «hombre a hombre», «mago a sufrido», esbozando una relación «médico-paciente» en base no científica y sí a **creencias supersticiosas.**

En Egipto y Mesopotamia, primeras ciudades civilizadas (civilización Babilónica), aparecen los sacerdotes quienes promoviendo reuniones de estudio sobre todo de las constelaciones, llegaron a la conclusión de que los astros influyen sobre la vida del hombre y sus distintas partes del cuerpo.

Los antiguos médicos chinos insertaban agujas en determinadas partes del cuerpo para introducir «buenos espíritus» utilizando 365 puntos de punciones, precisamente como días tiene el año, usados en la acupuntura actual.

La existencia de diversos relatos referentes a la cultura pre-hispánica evidencia la presencia de personajes dedicados al arte de curar que habían sido creados por regalo o influjo divino para tal fin -curanderos o chamanes- como los aún existentes con experiencia empírica. Durante siglos, incluyendo la cultura pre-hispánica, primó la medicina ejercida por curanderos («médicos»: personas que se dedicaban al arte de curar sin título oficial de médico). En ésta cultura los astros particularmente el sol, era una deidad y sus **creencias eran religiosas.**

MEDICINA ANTIGUA ^(3. 4. 5.)

La medicina griega fue la primera en aparecer con base racional y científica antes de 500 años de la era cristiana con destacados personajes, filósofos y médicos como:

Esculapio (500 a C.), llamado el dios de la medicina. Según cuenta la fábula no sólo curaba enfermos sino que hasta resucitaba muertos; el símbolo de la serpiente que significa prudencia, es consagrado a él.

Hipócrates (410-377 a C.) filósofo y médico fue el más famoso de los médicos de la antigüedad. Interpretó muchos fenómenos orgánicos relacionados por «humores». Nos legó una serie de pensamientos entre los que figura: «El Juramento Hipocrático». Podría

llamársele el **precursor de la medicina clínica** e integral al trabajar a la cabecera del paciente. Sentó el concepto de la «**no existencia de enfermedades sino de enfermos**», puesto que cada enfermedad se presenta con características diferentes en cada individuo. Se ocupó en interpretar la fisiopatología, profilaxis, hacer el diagnóstico y el tratamiento rehabilitador de los órganos, aparatos, sistemas y sus interrelaciones con los efectos sobre el cuerpo y la mente, como los debe hacer el médico internista pero con las limitaciones de la época.

Aristóteles (384-322 a.C.) gran filósofo, calificado como el codificador, registró principios de ética y moral. Siguiendo la doctrina de Hipócrates de los «humores» o líquidos, consideró que el cuerpo tenía cuatro humores: la sangre, la flema, la bilis negra (melancolía) y la bilis amarilla (cólera), que en exceso o defecto estos humores generaban enfermedad como «humores patológicos». Sostuvo que toda materia tiene en proporciones variables, tierra, aire, fuego y agua.

Poco tiempo después de la muerte de Aristóteles se fundó en Alejandría una gran escuela médica cuyos médicos más importantes fueron **Herophilus** y **Erasistratus**.

Herophilus conocido como «**padre de la anatomía**»; fue el primero en disecar el cuerpo humano en público. Reconoció el cerebro como órgano central del sistema nervioso y observó que cada órgano está formado por un sistema triple que le da vida: las venas, arterias y nervios. Impulsó medidas terapéuticas en base a ejercicios, dieta y baños de vapor. A **Erasistratus** se le calificó como «**padre de la fisiología**».

La medicina bajo el Imperio Romano.- Se desarrolló siguiendo los conceptos de la medicina griega y aportó con la creación de servicios médicos públicos cuya organización estaba en relación con el sistema militar.

Se señala a **Galeno** (131-201 a.C.) griego, como el médico que curó al emperador romano Marco Antonio. Fue un observador muy agudo, clínico de amplios conocimientos anatómicos y de particular concepción fisiopatológica asociado con tres tipos de actividad vital: «espíritu natural» formado por el hígado y distribuido por las venas; «espíritu vital» formado por el corazón y distribuido por las arterias y el «espíritu animal» formado por el cerebro y distribuido por los nervios.

MEDICINA MODERNA (1. 2. 3. 4. 5. 6.)

Avicena, médico y filósofo árabe (980-1037) autor de unos luminosos comentarios de la obra de **Aristóteles**, de Canon de la Medicina y diferentes trabajos enciclopédicos.

Maimonides Moisés Ben Maimón (1135-1204) ⁽⁶⁾. Vivió en plena edad media, filósofo, teólogo, astrónomo y médico clínico se le llamó sabio del medioevo y precursor de los hombres del renacimiento. Escribió 1500 aforismos, algunos comentarios de los famosos aforismos de Hipócrates oponiéndose en la interpretación de algunos de ellos. Seleccionó lo más relevante de los libros escritos por Galeno para los estudiantes de medicina griega y escribió una obra titulada «Extractos de Galeno». Dictó medidas higiénico-dietéticas para una serie de enfermedades transmisibles de la época, ambientales y alimentarias. Escribió un tratado sobre venenos y sus atributos; utilizó conceptos aportados por Avicena.

Desde el comienzo de la era cristiana hasta antes del siglo XV la medicina tuvo un escaso avance. Cabe si destacar en esta era a **Paracelso** (1493-1541) alquimista y médico, nacido por la época del descubrimiento de América, restó a la alquimia su carácter de ciencia oculta para convertirla en un poderoso medio al servicio de la ciencia médica; enseñó que los minerales al igual que las plantas tienen propiedades terapéuticas y escribió «La medicina no es tan sólo una ciencia, sino también, un arte». La personalidad del médico puede actuar sobre el paciente con más eficacia aún que las medicinas. Se progresa con la aparición de factores que estimulan y obligan a estudiar mejor la naturaleza humana.

El descubrimiento de la imprenta y de nuevos mundos, producen actualización de la medicina griega, pero con la devastación causada por las epidemias de la época y el advenimiento de las Escuelas de Arte que exigían el conocimiento físico del «cuerpo humano», es cuando artistas como **Miguel Angel, Rafael, Leonardo De Vinci** (1452-1564) y después **Vesalio** (1514-1564) como médico anatomista, con sus dibujos y su ciencia imprimieron el mejor conocimiento de la anatomía humana.

La publicación de estudios clínicos, principalmente de los trabajos de Hipócrates y Galeno, la exploración y descubrimientos de nuevas tierras permitieron conocer nuevos productos terapéuticos como la ipecacuana, la quinina y el tabaco (éste último se usó como anestésico). Se avanzó en el conocimiento de las infecciones como la sífilis y el tifus por **Fracastoro**; de la tos convulsiva o pertusis y del reumatismo por **De Baillou**; sarampión y muchas otras enfermedades como la gota por **Sydenham** (1624-1689). Progresa la fisiología con el mayor conocimiento de la física y la química, aparece el microscopio en el siglo XVII (**Leeuwenhoek**) que permite revelar el análisis microscópico de diversas partes del

cuerpo humano y con ello el avance tremendo en la histología y la histopatología.

Harvey (1578-1657) sentó las bases de una medicina moderna y racional con el conocimiento de la circulación de la sangre, observando cómo es llevada, por qué y dónde, desde el corazón. Se le considera descubridor de la circulación de la sangre aunque ya **Servet** (1511-1553) había hecho estudios de la circulación, aunque en especial de la circulación pulmonar.

Entre los siglos XVII y hasta quizás primeras décadas del siglo pasado científicos notables como **Pasteur**, **Lister**, **Koch**, **Erlich** (1822-1895) con sus descubrimientos dieron mayor impulso al conocimiento de la bacteriología e higiene. **Mendel** (1822-1884) dictó las leyes de la herencia y aperturó el conocimiento de la genética. **Domagk** y **Fleming** (1883-1955) con la primera sulfamida y la penicilina, respectivamente. **Jenner**, **Behring**, **Calmette** y **Guerin**, **Salk** (1749-1823) con las vacunas para la viruela, difteria, tuberculosis y poliomielitis descubren una de las formas de evitar enfermedades que diezaban a niños y adultos; **Virchow** creador de la histopatología, **Pedro** y **María** así como su hija **Irene Curie** (1821-1902), estudiaron el uranio de **Becquerel** descubrieron el radio y su utilidad en el diagnóstico y tratamiento. **Roentgen** (1845-1823). Descubrió los Rayos X. Premio Nobel 1901.

MEDICINA CONTEMPORÁNEA ⁽⁷⁾

En épocas anteriores a la década de los años 40 al 60 del siglo pasado (Siglo XX), el conocimiento de la medicina, sobre todo en sus conceptos básicos, como la anatomía humana, histopatología, fisiopatología, propeuéutica clínica o semiología, la nosografía y nosología, así como, el tratamiento de muchas enfermedades, reposaban en los conceptos de la medicina clásica europea, particularmente de la francesa, que sobre la base de conocimientos, bien desarrollados para entonces, fue evidentemente clínica, y que gradualmente fue profundizándose en el sentido de alcanzar mejor interpretación de las manifestaciones corporales o mentales del ser humano. Así, desde lo reconocible por nuestros sentidos, de las manifestaciones alteradas en sistemas, aparatos u órganos, se fue avanzando en el estudio de las características estructurales y funcionales de los tejidos, células y organelas. Las interrelaciones funcionales celulares y las relaciones entre órganos y sistemas para el soporte vital del individuo, significan desde ya, un cimiento en el conocimiento de la fisiopatología.

Es entre estas décadas, tiempo en que la mayoría de nosotros hemos desarrollado nuestra actividad profesional como médicos, que con el avance de la ciencia y la tecnología, y en particular de la ciencia médica, se suscitan grandes cambios en la evolución del conocimiento del médico, empieza a practicarse una medicina más científica debido al desarrollo también de la investigación experimental y clínica aplicables al ser humano; con el incremento paralelo prácticamente inaccesible al médico de una literatura médica publicada en libros, revistas, en medios de comunicación como la radio, televisión y de centros de documentación e información científica a través de Internet.

El incremento y mayor conocimiento de las enfermedades tumorales y genéticas y de la población de adultos mayores, enfermedades reumáticas e infecciosas con patologías y tratamientos singulares han hecho aparecer nuevas especialidades como la oncología y genética y sub especialidades como la geriatría, reumatología e infectología de competencia de la medicina interna. Autoridades científicas y médicos remarcaron que los progresos alcanzados en este período superaban con creces los valiosos conocimientos acumulados en las últimas décadas anteriores.

De la infinidad de aportes que han potenciado la evolución positiva de la medicina podemos resumir el valor alcanzado con:

- El arsenal de pruebas y exámenes complementarios por el laboratorio clínico y por imágenes en apoyo al diagnóstico.
- El diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades y en especial de las enfermedades infecciosas, cardiovasculares y tumorales que todavía a nivel mundial y también nacional ocasionan el mayor número de muertes.
- Los trasplantes de órganos y de células vivas.
- La biología molecular, el genoma humano y la medicina genética.

Un resumen de la evolución histórica de la **Medicina Clínica**, nos demuestra que durante miles de siglos de la vida humana en la etapa llamada **Medicina Precientífica**, el concepto de salud o enfermedad se desarrolló sobre la base de creencias sobrenaturales, supersticiosas y religiosas y donde con la aparición de magos y después curanderos o chamanes se vislumbra una relación «hombre - hombre» sobre base empírica. La **Medicina Antigua** empieza a florecer con conceptos reales con la medicina griega desde 500 años antes de la era de Cristo

hasta pocos años de esta era, en la que decae hasta el comienzo de la llamada **Medicina Moderna**; en ésta se producen los primeros grandes inventos y empieza a desarrollarse la tecnología entre los siglos XV hasta comienzos del siglo XX.

Es a partir de la tercera parte de este siglo y tal vez de los últimos 60 años, que la ciencia y la tecnología superan con creces los amplios conocimientos acumulados en décadas anteriores y que hemos llamado **Medicina Contemporánea**.

Cabe subrayar, que en todas las etapas de la medicina, la conducta mágica, la conducta empírica y la conducta técnico-científica tienen la coincidente y básica condición humana del acto médico en cuanto a modos de prestar ayuda al semejante enfermo que lo solicita. ⁽⁹⁾

Esta breve revisión histórica que hemos expuesto no tiene otro objetivo que ver cómo ha evolucionado en siglos el acto médico y la relación médico-paciente, y analizar en esta etapa de la medicina contemporánea cuál es la situación del acto médico.

VIGENCIA DEL ACTO MÉDICO Y LA RELACION MÉDICO-PACIENTE

En relación al tema, quisiera mencionar algunas características que los protagonistas de un acto médico: el médico y el paciente, pueden tener como personas, y qué factores pueden modificar su relación.

El médico como persona. La actitud del médico frente al paciente.- Puede ser diferente en relación a distintos estados del paciente, como es su estado psíquico, si es un niño, adolescente o adulto mayor, si la entrevista es en consulta ambulatoria, en domicilio, en paciente hospitalizado, paciente de día, internado o en una unidad de cuidados intensivos, o si la condición del paciente hace pensar en un problema agudo, crónico, grave o terminal, si se trata de un paciente inmunosuprimido o se trata de solucionar un problema polémico, cual es la eutanasia (Bioética). ⁽¹⁰⁾

El paciente como persona.- El médico debe considerar algunos **factores relacionados con la persona** que entrevista como paciente: la personalidad, situación socio-económica y cultural, el desconocimiento del idioma, trastornos sensoriales o dificultad en la expresión verbal. La relación de dependencia o independencia física o psíquica con personas de su entorno. El significado real o implícito de la enfermedad en la mente del enfermo. Reconocer a pacientes que «usan enfermedades» para

ganar la atención del médico y expresar así su situación emocional estresante. Se puede encontrar pacientes con manifestaciones psicósomáticas de una depresión enmascarada. ⁽¹⁰⁾

Con una perspectiva práctica y clínica «**El Acto Médico**» es un servicio al paciente que el médico le otorga en la entrevista (relación médico-paciente) para actualizar un estado potencial de salud, enfermedad o dolencia, aplicando sus conocimientos científicos, arte y sensibilidad humana, con el objeto de recoger, analizar y sintetizar todos los elementos de la Historia Clínica que le permitan establecer él o los diagnósticos con sus determinantes etiológicos y patogénicos y por consiguiente el pronóstico y tratamiento con el afán de curar, aliviar, prevenir, rehabilitar, educar o cuando menos confortar al paciente bajo el marco de los principios humanísticos, deontológicos, éticos y morales. ^(9,10, 11, 12, 13)

El médico es el profesional al servicio de la salud que afronta el mayor número de situaciones con obligaciones, sacrificios y responsabilidades para con sus congéneres.

En la entrevista médica se cobran concreta y complementariamente 5 momentos: 1) El momento afectivo; 2) El momento cognoscitivo; 3) El momento operativo; 4) El momento ético y 5) El momento social.

1) **El momento afectivo** empieza desde el encuentro en la entrevista con el paciente y se fortalece durante el acto completo. El médico debe despertar en el acto médico lo que puede significar en el paciente el valor de la confianza, comportándose con el merecido respeto, con atención, ofreciendo el tiempo necesario para escucharlo sin interrupciones ni jactancia, con sensibilidad humana, empatía y solidaridad para alcanzar su comprensión. ⁽⁹⁾

2) **El momento cognoscitivo** está relacionado con la recopilación de datos que el médico, con conocimiento nosológico y experiencia metodológica busca, reúne e interpreta por medio de la historia clínica los síntomas y signos apoyándose o no de exámenes complementarios: del laboratorio o por imágenes, para llegar al diagnóstico. En el acto médico la Historia Clínica es la principal base clínica y el instrumento imprescindible para establecer la mejor relación médico-paciente y lograr un buen diagnóstico y al mismo tiempo es un buen placebo para un tratamiento más eficaz. ⁽⁹⁾

3) **El momento operativo** se refiere a la acción terapéutica como meta de todo acto médico. Sobre la sospecha o certeza del diagnóstico de enfermedad

o dolencia el médico debe reconocer la etiología y las alteraciones funcionales, (fisiopatológicas) y orgánicas (anatomopatológicas), que dan lugar a las manifestaciones síntomas y signos para actuar sobre la causa y/o sobre las repercusiones objetivas. En el acto médico, el momento operativo se puede iniciar desde el momento en que el paciente entrevista al médico para una constatación. Una constelación de factores entran en juego para que la terapéutica alcance un mejor éxito; a) la presencia del médico, por supuesto antes de dictar alguna medida terapéutica si genera esperanza potenciará la eficacia terapéutica; b) La repercusión en el enfermo del marco ambiente o del lugar donde se produce la entrevista influyen sobre el ánimo inspirando confianza o desconfianza con el consiguiente efecto previo sobre la eficacia de la cura; c) La persona del enfermo actuando decididamente en el proceso curativo, que como titular de actitudes animicas e intereses personales es el participante del tratamiento y d) El remedio a partir de los conceptos de Freud, la medicina que actuaba con 3 agentes terapéuticos la dieta, el fármaco y la intervención quirúrgica a los que se ha agregado un cuarto agente que es la palabra. Francis Peabody exhorta al cuidado del enfermo en esta frase «El secreto del cuidado del paciente, es el cuidar de él». ^(14.) Parafraseando a Hipócrates se puede decir: «Lo que no cura la palabra, lo cura la dieta; lo que la dieta y la palabra no curan, lo cura el fármaco; lo que no curan el fármaco, la dieta y la palabra, lo cura la intervención quirúrgica; y lo que ni la intervención quirúrgica ni el fármaco pueden hoy curar, deberá esperar lo que la investigación de mañana nos ofrezca». ^(9, 13.)

- 4) **El momento ético** de alguna forma, al contraer consigo decisiones y comportamientos de orden moral, está presente en el Acto Médico. Actualmente, el concepto de ética médica que primó quizá hasta mediados del siglo pasado y que respondía predominantemente a la relación médico-paciente ha ampliado su ámbito de acción a otros estados que comprometen al médico con la sociedad, con sus colegas, con otros profesionales o personal que laboran en el campo de la salud, en situaciones muy particulares que tienen que ver con el derecho y obligaciones del médico, principios y valores de la vida, la muerte y la dignidad humana. A pesar del conocimiento científico, de la experiencia, del sentido común, la buena voluntad, o la bondad del médico, no siempre es posible ni fácil resolver los problemas

éticos. Es básico, por ello conocer los principios éticos que guían hacia el acceso exitoso del diagnóstico y tratamiento. Estos son honestidad, beneficencia, justicia, evitar conflicto de intereses, y compromiso de no hacer daño. Por supuesto, la condición moral del acto médico no sólo atañe a la conducta del médico sino también a la conducta moral del paciente quien debe colaborar responsablemente con el médico en el propósito de su curación. Dos pautas éticas fundamentales, muchas veces conflictivas, son: el respecto de la autonomía del paciente y el actuar en su beneficio. Un problema ético controversial es el del acto médico ante el paciente terminal con relación a la eutanasia; el conflicto entre la autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia distributiva, debería hacernos comprender las individualidades de cada paciente en el marco de los principios éticos y actuar para resolver el problema ante las poderosas trabas que imponen la ley y/o la religión, su situación económica y a veces los deseos de la familia. William Osler rubrica este juicio: «Una cosa es cierta, no deber ser aquel que poniéndose el birrete negro asume la función de juez y quita la esperanza a cualquier paciente..... esperanza en la que todos no refugiamos». ^(9, 11, 12, 14, 15, 16.)

- 5) **El momento social** empieza también desde el momento que el médico como persona entabla una relación con el paciente como persona. El recoger una información válida y captar la razón fundamental por la que el enfermo visita al médico son dos metas que la habilidad del médico debe establecer para alcanzar con participación mutua una comunicación efectiva. La mirada, la palabra y el silencio, el contacto manual y la relación instrumental, son los principales recursos técnicos para establecer una buena comunicación. El médico debe actuar como educador y por lo tanto, explicar al paciente de acuerdo a su nivel cultural lo que piensa respecto al diagnóstico, pronóstico, medidas terapéuticas y de prevención más eficaces y seguras. Complemento importante de una buena comunicación con el paciente es también extender a los familiares, a la comunidad y a la sociedad, la necesidad de un cambio de estilo de vida cuando muchas veces con ella puede prevenirse o curar una enfermedad. Existe la evidencia de que la incidencia de mala práctica está relacionada con la deficiente comunicación. ^(9.)

En el acto médico, el médico clínico en su relación con el paciente sustenta su actividad en tres pilares de la medicina clínica: **Ciencia, Arte y Humanidad**.

Medicina con Ciencia ^(10.)

Goldman señala: «la medicina no es una ciencia, pero es una profesión que abarca la ciencia médica, así como sus atributos profesionales personales (arte, técnica) y humanística». ^(17.)

El médico clínico con vocación de servicio aplica su conocimiento científico adquirido en sus estudios universitarios, internado, residentado y actualizándose con una educación médica continuada para recoger e interpretar los datos obtenidos de la Historia Clínica completa a través de la anamnesis, exámen físico y exámenes complementarios, que le van a ofrecer experiencia práctica y de cuyo análisis y síntesis elabora los síndromes de uno o más diagnósticos: (de sospecha provisional, o definitivo) y por lo tanto, su pronóstico y tratamiento.

Los procedimientos de ayuda al diagnóstico, laboratorio o imágenes que se ordenen en este momento, deben ser escogidos después de considerar las características de utilidad (sensibilidad) y exactitud (especificidad), incidencia y prevalencia de la enfermedad, riesgo potencial y perfil del costo-beneficio. ^(18.)

Medicina con Arte ^(10. 14. 18. 19. 20.)

Arte es la técnica para aplicar los conocimientos científicos, en la forma de recoger los síntomas y signos. El médico en base a la «experiencia asimilada», intuición lógica, madurez de juicio, actitud positiva, pero modesta, respetuoso, atento sin demostrar inquietud por el tiempo que otorga al paciente, acucioso, observador, etc. debe cultivar estas cualidades para alcanzar lo «fundamental en el arte» es decir la **empatía**.

Es arte, el rescatar datos de significado primordial como definir cuándo se debe iniciar y cuándo suspender un tipo de investigación, exploración o tratamiento.

Entender las motivaciones que muchas veces rigen un comportamiento y cuando la mención casual de una molestia aparentemente trivial es un ardid del enfermo para encontrar tranquilidad acerca de un padecimiento oculto y por lo tanto temido.

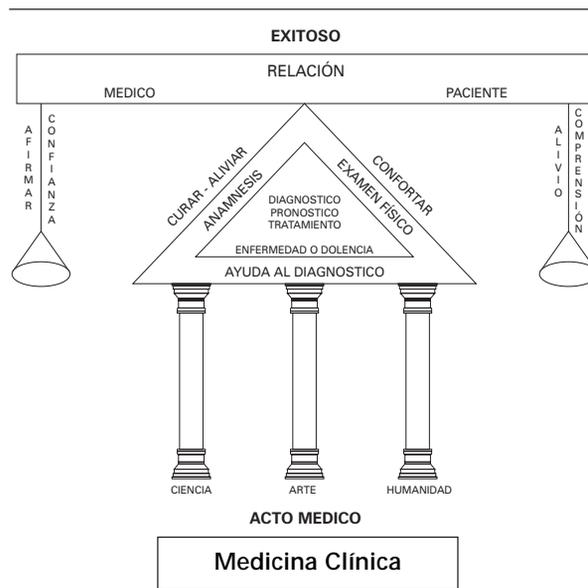
El médico sabrá cuando explorar los aspectos más íntimos de la vida del paciente o cuando no deben ser tocados. Si debe expresar un diagnóstico y pronóstico optimista y/o tranquilizador o ser dubitativo o cauteloso.

Mantener la objetividad en el estudio y cuidado de su paciente con prudencia en sus juicios y sin olvidar que su finalidad primaria y tradicional es utilitaria, o sea con

prevención, curación, alivio o rehabilitación de una enfermedad sea esta física o mental. Es parte del arte elegir el tratamiento más adecuado conociendo en forma integral al paciente.

Medicina con Humanidad ^(17. 21.)

El médico como ser humano debe estar adiestrado como psicólogo de la conducta humana y como biólogo de las enfermedades y dolencias del hombre. Debe infundir el sentimiento humano de **confianza**, haciendo sentir al paciente que reconoce y aprecia su individualidad, actuando muchas veces como confidente dentro de un canal ético; ser generoso, bondadoso, sensible, compasivo para alcanzar así la **comprensión** y brindar la esperanza al paciente. La relación humana se puede considerar como una muy buena herramienta de la terapéutica.



*Representación de cómo se alcanza con **Éxito** una Relación Médico-Paciente en el **Acto Médico** si el Clínico sustenta su Diagnóstico en Base a la Aplicación de sus Conocimientos Científicos, su Experiencia en la Metodología al elaborar e interpretar la Historia Clínica, con Sensibilidad Humana.*

Medicina basada en la evidencia ^(22. 23.)

En el contexto de la relación médico-paciente el médico clínico debe hacer uso de los hallazgos de la investigación biomédica más actualizada para la toma de decisiones en el acto médico y así poner en práctica la **medicina**

basada en la evidencia; sin embargo, el clínico bajo el criterio de que «no existen enfermedades sino enfermos» deberá utilizar su experiencia, juicio y raciocinio lógico para tomar decisiones, porque la medicina en general no es ciencia exacta y existe un margen de posibilidades que no siempre están comprendidas en la llamada evidencia, es preferible dudar cuando el diagnóstico basado en la evidencia no es obvio y «buscar para encontrar» otras posibilidades diagnósticas o corroborar el primero. Como sentencia notable Maraño C.A. señala: «transmitir a las generaciones médicas y futuras, que la poderosa medicina actual basada en la evidencia debería amasarse con una buena dosis de afectividad». ⁽²⁴⁾

Factores que pueden modificar la vigencia del acto médico y la relación médico-paciente

- 1. La práctica de una medicina adiagnóstica,** desafortunadamente cada vez más desarrollada. Esto es, puramente sintomática, realizada sin intentar siquiera una hipótesis de diagnóstico, que adolece y hace perder el objetivo fundamental del acto médico, cual es curar, aliviar o confortar con el soporte de todo el conocimiento científico, arte y sensibilidad para ofrecer el mejor tratamiento de la enfermedad o dolencia diagnosticada.
- 2. La pérdida de la figura del médico responsable de manera principal y continua ante el paciente.** Cada vez es más frecuente observar que los enfermos sean tratados por no profesionales individuales independientes, si no por grupo de médicos, a horarios rotativos, pertenecientes y asistentes en clínicas, hospitales u organizaciones de atención de la salud. Esta situación no permite el fortalecimiento de la relación médico-paciente y crea desconfianza en el seguimiento de cualquier tratamiento por la pérdida de la figura del médico primario responsable.
- 3. La participación de profesionales especialistas en diversas disciplinas en la atención de un paciente.** Para no perder la confianza del paciente, el médico debe estar familiarizado de las habilidades, capacidades y objetivos de sus recomendados para interpretar los resultados y ofrecer el verdadero diagnóstico y el mejor tratamiento, conservando la responsabilidad de sus decisiones. Este problema está relacionado con la ética profesional.

4. La relación médico-paciente también puede afectarse como consecuencia de la producción de iatrogenia. Si «toda alteración del estado del paciente producida por el médico es iatrogenia» debemos aceptar que el médico es el único profesional de la medicina que puede ejecutar el acto médico y por consiguiente, expuesto a provocar iatrogenia. Esta puede ser por injuria verbal (importancia de la palabra del médico), por instrumentos o medicamentos con repercusiones psíquicas, orgánicas o funcionales por lo que es muy importante, cómo el médico se relaciona con el paciente, cómo le comunica su diagnóstico u ofrece el procedimiento terapéutico. **La iatrogenia puede ser negativa necesaria o previsible,** donde el médico debe saber del riesgo de daño que la oferta terapéutica puede producir, pero ponderando el cociente beneficio/daño, o ser **iatrogenia negativa innecesaria,** cuando la acción médica ha producido un daño que no tendría porqué suceder; ésta ocurrencia es consecuencia de ignorancia y es éticamente inaceptable. El agente terapéutico más usado por el médico clínico es el medicamento o fármaco. Por ello, para evitar o atenuar las posibilidades de injuria, el médico no solamente debe conocer la enfermedad actual si no el estado general del paciente para elegir el medicamento adecuado. Conociendo la farmacología (farmacodinamia y farmacocinética) y las posibles causas de iatrogenia que pueden darse por defecto posológico (prescripción incorrecta), toxicidad primaria que produce efectos colaterales, propiedades teratogénicas, daño anatómico, funcional o metabólico, dependencia, hipersensibilidad, interacciones y reacciones adversas, sobre todo en pacientes en particular los gerontes que reciben multifármacos, donde la toxicidad por efecto aditivo o la reducción de acción por efecto inhibitor puede originar iatrogenia muchas veces negativa e innecesaria. Deben considerarse otros factores como la edad, sexo, peso corporal, defecto orgánico o funcional, defecto genético, sugestionabilidad y hasta la posibilidad de automedicación a su libre albedrío.

Si el médico conocedor de su prescripción correcta no tiene una comunicación adecuada, no educa o advierte al paciente de esos posibles efectos iatrogénicos, y si el paciente las presentara generaría desconfianza, temor en proseguir las indicaciones y no alcanzar el beneficio de la prescripción rompería una relación con el médico y por consiguiente deterioraría el acto médico. ^(25. 26. 27. 28. 29.)

5. El despliegue tecnológico y el consiguiente desarrollo de la medicina, son los factores tal vez, los más importantes y complejos que están modificando la vigencia del acto médico y la relación médico-paciente.

En la medicina clínica el acto médico conlleva el propósito ideal de lograr el mayor éxito revertiendo un estado de enfermedad o dolencia al de salud. El médico clínico para alcanzar dicho propósito debe tener no sólo un amplio conocimiento científico, sino también, saber aplicar esos conocimientos con metodología y técnica para recoger la información ofrecida por el paciente y la de los procedimientos complementarios solicitándolos en orden jerárquico y en relación al pensamiento diagnóstico para confirmarlo o alejarlo para interpretarlos correctamente.

El incremento del conocimiento médico y tecnológico está provocando un claro desequilibrio entre los tres pilares o soportes de la medicina clínica que mantienen y le dan vigor y vigencia al acto médico ideal. La tendencia del médico contemporáneo de solicitar y utilizar una serie de exámenes complementarios del laboratorio o de ayuda por imágenes para hacer un diagnóstico, son muchas veces innecesarios. Esta actitud no puede reemplazar al uso de un ejercicio de saber recoger la información, interpretarla y aplicarla con raciocinio y juicio lógico para lograr dicho diagnóstico.

Se está perdiendo la oportunidad de ganar experiencia clínica y la posibilidad de un mayor éxito en el acto médico, al no ofrecer la comunicación ni la sensibilidad humana indispensables para ganar la empatía y confianza en el contacto con el paciente. Es el abuso de la tecnología en desmedro del razonamiento clínico.

6. Otros factores que ponen en riesgo la vigencia del acto médico son el incremento de los costos de los procedimientos de ayuda al diagnóstico y el de los medicamentos que siendo imprescindibles para establecer un diagnóstico y mejor tratamiento de enfermedades agudas o crónicas, están fuera del alcance de los pacientes, reduciendo el éxito de un acto médico.

¿Cómo poner en práctica la medicina basada en la evidencia, una medicina positivista, sin amalgamar una buena dosis de medicina basada en la experiencia

personal frente a cada enfermo y sin el ingrediente indispensable de la sensibilidad humana?

¿Cómo superar las obligaciones impuestas al médico, sobre todo en las Instituciones Públicas o Centro de Salud, al tener que atender cada vez un mayor número de pacientes en un tiempo limitado por paciente?

¿Cómo esperar el mejor resultado de un efecto medicamentoso si no se ofrece una prescripción correcta, si no se comunica al paciente la importancia de cumplimiento de ésta, su beneficio vs posibles efectos adversos secundarios?

¿Cómo competir con aquellos «médicos informales» (ni médicos, ni químicos farmacéuticos) que actúan como dispensadores cambiando lo que un profesional médico prescribe o recomendando otros fármacos, solamente para controlar un síntoma o signo sin conocer al paciente?

¿Cómo elegir el medicamento por más eficaz que se le conozca para una enfermedad si no se conoce de manera integral a un paciente?

¿Cómo evitar el deterioro del acto médico y permitir el fortalecimiento de la relación médico-paciente en aquellos centros de atención a la salud donde más de un médico se hace cargo de un paciente perdiéndose la figura del profesional primario responsable?

¿Cómo realizar un acto médico ideal, si compañías aseguradoras de salud que plantean objeciones al uso de algunos estudios complementarios e interfieren en determinadas prescripciones produciendo desconfianza del paciente y poniendo en duda el criterio del médico?

Estos y muchos otros factores inciden en un debilitamiento y deterioro de la vigencia del acto médico.

Creo que un riesgo patente y amenazador nos invita a pensar en la necesidad imperativa de una reconstrucción del pensamiento médico y en particular de la medicina clínica, invocando a una mayor dedicación y esfuerzo de todas las instituciones tutelares de la salud en el país, en especial las universidades, que cuentan con facultades de medicina, para que transmitan a las generaciones médicas futuras durante la carrera del estudiante se desarrolle no sólo el conocimiento científico, sino un adiestramiento metodológico y de experiencia práctica para reforzar el arte y la comprensión humana que cada paciente pueda proporcionar. ^(30.)

Uno de los aspectos esenciales al que deberán atender las facultades de medicina del futuro será el de convertir a sus alumnos en autoaprendices para toda la vida.

Si de las universidades egresaran buenos clínicos, en el sentido correcto del calificativo, habría un mayor número de pacientes enfermos o dolientes curados,

aliviados o confortados. Solamente el clínico que ofrece su servicio cultivando sus conocimientos y aplicándolos con habilidad y humanidad podrá reforzar la vigencia del acto médico evitando su caducidad.

Para terminar, la importancia de la vigencia del acto médico puede concretarse en el siguiente juicio:

Convertirse en «**buen clínico**» debería ser objetivo inaplazable de todo estudiante de medicina. Convertirse en un «**mejor clínico**» ha de ser una ambición de cualquier médico en ejercicio. ⁽¹⁸⁾