

Reflexión sobre la enfermedad humana

Dr. Otto Lima Gómez

Académico Correspondiente

Hace algún tiempo tuve la oportunidad de estudiar a un paciente que vino a mi consulta con múltiples exámenes médicos. Este paciente estaba sometido a tratamiento con numerosos fármacos y después de una larga entrevista y de haberle practicado una evaluación clínica general, le expresé mis conclusiones y mi disposición de ayudarlo. Al final de esta consulta, el paciente prorrumpió en llanto y cuando se calmó me dijo: “Doctor es que no me han dado, hasta, hoy la oportunidad de llorar”.

Esta anécdota ha de servir para enmarcar el contenido de mi exposición y, fiel a una vieja conseja cuya paternidad se me escapa ahora, debo decir que hablaré acerca de lo que podría calificarse “vigencia de la aproximación clínica en la medicina actual”. De esta manera, subrayo la línea directriz de mi pensamiento y el contenido de lo que voy a decir.

El acto médico en su acepción original de asistencia médica, significa detenerse junto a otro para ayudarlo en el trance de su enfermedad (Ad-sistere: detenerse junto a otro). Quienes en los grupos primitivos se detuvieron para ayudar al otro, iniciaron la medicina.

Por consiguiente, el punto de partida de la medicina, es un encuentro interpersonal que presupone dos realidades: la del enfermo que requiere ayuda y la del médico dispuesto a darla. El lenguaje verbal es el vehículo primordial de esta comunicación. El paciente expresa de algún modo su queja y el médico está o debería estar siempre dispuesto a oírla. La queja es la manifestación subjetiva del enfermo y salvo circunstancias especiales precede al examen objetivo del cuerpo.

La técnica exploratoria (examen objetivo) se dirige a demostrar los signos de enfermedad. Al principio fue simple (manual, visual o auditiva) y, posteriormente, se complementó con procedimientos cada vez más finos que la han perfeccionado hasta límites inimaginables hace pocos años. Su desarrollo ha sido infinitamente mayor que el recurso verbal para conocer y comprender al paciente, aunque la capacidad indagatoria del diálogo médico tiene posibilidades también casi infinitas. Diálogo y técnica exploratoria investigan aspectos de una misma realidad: el sufrimiento y la minusvalía que implica el estado de enfermedad.

La comunicación entre paciente y médico (con sus manifestaciones verbales y para-verbales) es una veta inagotable de información acerca del paciente y su enfermedad. Diversos autores, pero sobre todo Buhler y Laín Entralgo, han analizado los distintos elementos de la comunicación entre médico y paciente que a continuación esquematizo en forma somera.

El paciente llama y solicita compañía como primera instancia de la relación. El médico acude (se detiene) y brinda esa compañía solicitada. Luego el enfermo expresa o notifica su queja y la nombra de acuerdo con la información que tiene, fruto, esta misma, de factores socio-culturales. Al expresar su queja y nombrarla, el paciente, en alguna medida, se libera al exteriorizar su malestar y nombrarlo. La meta de esta liberación es la comprensión de lo que ocurre, comprensión que es esclarecedora para ambos: médico y paciente. El paciente comprende su queja y el médico, a través de esta clarificación, afirma, esboza u orienta el diagnóstico, reduce el campo de sus exploraciones posteriores y configura el primer esquema terapéutico.

La exploración objetiva del paciente se fundamenta en nuestra concepción del cuerpo humano, en

los estudios de anatomía macro, micro y submicroscópica, en el conocimiento de la composición química del mismo y de sus procesos metabólicos, en el estudio de las diversas etapas de su actividad funcional y en la aplicación de estas nociones a las diversas fases del desarrollo. Las consecuencias de este estudio, dependiendo del método aplicado, han sido: la lesión anatómica (macroscópica microscópica o submicroscópica) y en ausencia de hallazgos estructurales, el diagnóstico de trastorno funcional.

Lesión y disfunción constituyen aspectos de una misma realidad. La disfunción sin base física ha sido un lugar común en la historia de la patología. En particular, ello ocurrió y seguirá ocurriendo en los niveles más complejos de la organización anatomo-funcional que se dan en el sistema nervioso central, en el cual, los disturbios han permanecido en una etapa casi exclusivamente descriptiva hasta hace pocos años.

Diálogo médico-paciente y exploraciones objetivas armónicamente balanceadas, amplifican la eficiencia del médico. Por diversas razones que en este momento no puedo analizar, el diálogo médico ha sido reemplazado cada vez más por las técnicas exploratorias, a tal punto, que la anamnesis casi no existe en los historiales médicos y se reduce en los mismos a un brevísimo resumen de la enfermedad llamada actual. Se pierde así un valioso material para conocer al paciente y estudiar todos aquellos parámetros personales, familiares y socioculturales de la enfermedad, sin cuyo conocimiento, el diagnóstico es incompleto y el tratamiento va quedando cada vez más reducido, casi exclusivamente, al empleo de fármacos. El campo de la terapéutica, por muy importantes y eficientes que sean los medicamentos, desborda ampliamente su radio de acción.

Si se utiliza adecuadamente la anamnesis clínica, como lo aprendimos de los grandes maestros de la medicina antes de que ocurriera la explosión tecnológica, no habríamos olvidado que la enfermedad está inscrita dentro de las condiciones en las cuales ha transcurrido la vida del paciente hasta el momento de su aparición (enfermedad actual). El estudio de las causas (físicas y biológicas) de la enfermedad (etiología), está incompleto si no se toman en cuenta los factores socio-culturales que incidieron e inciden en la vida del enfermo.

El paciente tiene una identidad definida por

factores muy complejos. Están en primer lugar, los factores biológicos de la misma (genoma) que, evidentemente, pueden en mayor o menor grado, generar enfermedad por si mismos o propiciarla, si en el curso de la vida se dan factores proclives a ella. El hallazgo de estos factores que modulan la identidad biológica, sobre todo del sistema HLA (Dausset) ha sido uno de los descubrimientos más importantes hechos en tal sentido. Pero, la identidad biológica no constituye la identidad de la persona. A los factores biológicos hay que asociar la influencia del troquelado socio-cultural que modula, a su vez, al individuo en los niveles más complejos de su organización (identificación de si mismo, rasgos de personalidad, respuestas neuroendocrinas y neuroinmunológicas, desarrollo de capacidades adaptativas, etc.). Sin la adición de estos factores socio-culturales, la comprensión de la enfermedad es incompleta y su enfoque diagnóstico deficiente o del todo imposible. De ahí la necesidad de una aproximación biográfica al enfermo.

Contra lo que se comenta habitualmente, esta ampliación de la anamnesis que permite la comprensión personal del paciente, en la mayoría de los casos no exige mucho tiempo. La falta de tiempo para oír, propicia el empleo excesivo de técnicas exploratorias y colateralmente hace a la medicina más costosa. Por otra parte, el saber oír al enfermo, es la base de la ayuda al paciente y el fundamento para establecer vínculos afectivos esenciales. Muchas vetas valiosísimas de información se pierden por considerar que oír debería ser únicamente misión de psicólogos y de psiquiatras. Rotundamente no. Todo enfermo debe ser oído. Oír es el único procedimiento para obtener el perfil longitudinal del paciente, porque todas las exploraciones por muy sutiles que sean, dan solamente una información actual (vertical). Solamente la confrontación de ambos perfiles nos aproxima al diagnóstico exacto y pone en nuestras manos el máximo de los elementos de juicio que requerimos. Esta confrontación es la base de una medicina realmente humana, personal.

La aproximación biográfica tiende el puente entre la vida del paciente y su enfermedad. Entre las formas de convivencia y las modalidades del sufrimiento. Entre los factores genéticos y los ambientales. De esta manera, se hace inteligible la especie morbosa y su modalidad clínica. Los avances de la genética y de las interrelaciones entre los sistemas reguladores del organismo (sistemas nervioso, endocrino e inmunológico), a los cuales

aludí con anterioridad, están ya iluminando estos caminos.

El médico mismo debería ser el primer instrumento de diagnóstico y la mejor de las medicinas. En este momento existe un real conflicto entre los pedimentos de una medicina altamente tecnificada y las exigencias sociales de la profesión médica. La solución es un cambio de rumbo. Por una parte, una revalorización del papel del médico en la sociedad. Por la otra, la revisión de la utilidad de los procedimientos semiológicos clásicos y la jerarquización de los nuevos desarrollos tecnológicos. Ello es particularmente urgente cuando se trata de formar médicos generalistas que, a mi juicio, son los profesionales esenciales en la atención a la comunidad. Partiendo de una base médica general, está claramente pauta hoy en el mundo médico, la enseñanza de posgrado especializada y lo que se requiere es una integración bien programada de los diversos especialistas en los sistemas de salud.

Pero, por sobre todo, la medicina debe exigir un análisis profundo de la sociedad en función del modelado de los seres humanos. Muchos valores tradicionales están en quiebra y nuestras instituciones, partiendo de la familia misma, fallan en aspectos que son esenciales para el desarrollo humano normal. Las consecuencias de estos desajustes están a la orden del día. Se proyectan dramáticamente sobre la patología e infiltran nuestra vida diaria en forma de violencia, corrupción y promiscuidad: pandemia de SIDA, epidemia de enfermedades cardiovasculares, incremento del uso y abuso de drogas, perversiones sexuales, trastornos mentales del más diverso orden -recuérdese el síndrome de los pacientes en el límite (o "borderline") muy bien estudiado por Silvio Pomenta en nuestro país y la incidencia de la depresión y de otros desajustes mentales del más diverso orden.

Finalmente, debo destacar que la medicina tiene por tanto, varios niveles de compromiso cuando enfoca la atención cabal de los enfermos y su vinculación con la comunidad. Ello implica la implantación de una medicina personal cuyo gran reto es la armonización de las exigencias de una medicina altamente técnica y costosa, frente a los compromisos sociales de la atención a la salud. Plantea esto la necesidad, no de nuevas tecnologías que siempre son necesarias y útiles en determinadas enfermedades, sino, y muy especialmente, una revisión de los fundamentos de la atención médica, fundamentos que son necesariamente antropológicos. Sin una filosofía de la medicina que le sirva de base, no habrá una praxis médica humanizada, una medicina antropológica. Corresponde dicho estudio no tanto al médico como individualidad, sino a las corporaciones que forman a los profesionales de la medicina, a aquellas otras que los utilizan en forma masiva y a nuestra Academia de Medicina que ha de velar siempre por cuestiones tan esenciales como son el estudio y la denuncia de las fallas y los defectos que a nivel de la sociedad y de sus instituciones, generan o propician una praxis inadecuada, contribuyen a la aparición y desarrollo de muchas patologías y/o dificultan por diversas razones, el desarrollo normal de las nuevas generaciones.

Todo esto implica repensar la praxis de la medicina misma y su papel en la comunidad, donde no constituye sino un eslabón de la compleja cadena que debe velar por la salud colectiva. Es, en este sentido, que hago un llamado a esta Ilustre Academia para analizar más a fondo estas cuestiones que, de un modo general, me he permitido plantear.