

LA ENFERMEDAD, EL ENFERMO Y EL MÉDICO

El acto médico clínico está sustentado por un trípode constituido por la *enfermedad*, el *enfermo* y el *médico*, de ahí que los abordemos conjuntamente dentro de un mismo capítulo.

1.-La enfermedad.

La enfermedad se sitúa en el origen, ya que si ésta no existiera tampoco lo harían el enfermo y el médico. El estar enfermo y no sano es una consecuencia directa de la enfermedad y la existencia del médico es una consecuencia, a su vez, de la existencia del hombre enfermo.

Pero, ¿qué es la enfermedad? Antes de analizar con mayor profundidad la *enfermedad*, hemos de precisar con claridad qué es la *salud* ya que, como afirma Laín Entralgo (1), la dolencia que el médico contempla y diagnostica consiste, ante todo, en una *pérdida de la salud* y el tratamiento que prescribe va dirigido a *devolver la salud* al paciente.

En principio, al analizar el concepto de *salud* nos encontramos con dos criterios muy distintos: el *subjetivo*, por el cual una persona puede afirmar << me encuentro bien >>, << me siento sano >>, y el criterio *objetivo* del médico que le dice a su paciente << usted está sano >>, tras haber descartado cualquier enfermedad mediante la historia clínica, exploración física y el resto de exploraciones complementarias pertinentes.

El hecho de que el paciente “se encuentre bien” es algo positivo, pero no debe inducir al médico a pensar que está sano antes de haberle practicado las pruebas que considere oportunas. En mi consulta de hepatología atiendo a muchos pacientes que se encuentran bien y, sin embargo, presentan una hepatitis crónica o, incluso, una cirrosis hepática que aún no se ha descompensado y permanece asintomática.

Pues bien, pasemos a definir en primer lugar lo que Laín Entralgo considera una *salud perfecta*: << Es aquella en que coinciden un *sentimiento subjetivo de bienestar* con una *morfología*, una *actividad funcional*, un *rendimiento vital* y una *conducta* manifiestamente normales >>. No obstante, lo que habitualmente llamamos << buena salud >> es en realidad una *salud relativa* y se refiere a un estado en el cual el individuo ha dejado de estar completamente sano pero todavía no está verdaderamente enfermo (el corpus neutrum de los galenistas medievales). De ahí que el psicoanalista *L.S. Kubie* afirmara con ingenio e ironía: << La salud es un estado raro que, a pesar de todo, no es un estado patológico >>. En conclusión, podemos afirmar que entre la *salud perfecta* y la verdadera *enfermedad* existen diversos estadios intermedios.

Definamos ahora el concepto de *enfermedad*, término derivado del latín *infirmitas* (debilidad, invalidez). La enfermedad es una pérdida de la salud, un estado defectivo de la vida humana. Toda enfermedad tiene una o varias causas, lo que denominamos *etiología*. Marañón afirmaba que el médico no debe conformarse con saber *qué* es lo que tiene el paciente (la *enfermedad*) sino también *porqué* la tiene (la causa o *etiología*). La anécdota siguiente es muy reveladora al respecto.

Un paciente de mediana edad acudió a mi consulta privada hace años por presentar *hipo* pertinaz desde hacía dos o tres días. El paciente se encontraba agotado, ya que el hipo le impedía conciliar el sueño. Antes de continuar con la anécdota, he de aclarar que el hipo consiste en una contracción espasmódica del diafragma seguida del cierre brusco de la glotis y que puede deberse a muchas causas, algunas de ellas graves. Si bien todas las personas presentamos hipo alguna vez en nuestra vida, éste suele ser de corta duración (minutos) y debido a distensión gaseosa del estómago o del colon. Pues bien, en el caso del paciente que nos ocupa, parecía evidente que el hipo no era debido a una causa banal, dada su prolongación en el tiempo durante 2-3 días. Se hacía necesario, por tanto, averiguar el *porqué*, la etiología. Por ello, me tomé el caso muy en serio y le hice una historia clínica y una exploración muy detalladas. La historia clínica no revelaba datos patológicos de interés. En cuanto a la exploración física, tampoco encontré signos patológicos, aunque sí me llamó algo la atención: una enorme cantidad de pelos en ambos conductos auditivos externos. Le solicité una serie de pruebas complementarias y le recomendé que lo primero que debía hacer al llegar a su casa era cortarse todos los pelos de los oídos. Al cabo de pocos días volvió a la consulta con las pruebas solicitadas, todas ellas normales, y muy feliz porque en cuanto se cortó los pelos de ambos conductos auditivos cedió rápidamente el hipo, << como por arte de magia >> según sus propias palabras. Le expliqué que no había nada de magia, sino que la sensibilidad del conducto auditivo externo la recogen varios nervios y que uno de esos pequeños nervios sensitivos tiene conexiones con el nervio frénico el cual, a su vez, inerva el diafragma. De esta forma, los pelos de ambos conductos auditivos externos se comportaban como cuerpos extraños que estimulaban a dicho nervio sensitivo, el cual estimulaba, a su vez, al nervio frénico lo cual provocaba la contracción espasmódica del diafragma. Esta anécdota nos ilustra también sobre la íntima interrelación que existe entre los diferentes órganos y sistemas del cuerpo humano. En éste no existen “compartimentos estancos” sino, por el contrario, “vasos comunicantes” y ello es perfectamente lógico dado que, por muy especializadas que estén las diferentes células del organismo, todas ellas derivan de aquella célula totipotente que mencionábamos en el capítulo 3, constituida por el *huevo o cigoto*, producto de la fecundación del óvulo.

El *diagnóstico etiológico* (de la causa) me permitió, a su vez, prescribir un correcto *tratamiento etiológico* (dirigido a la causa) y no un *tratamiento sintomático* (dirigido a los síntomas).

Anteriormente hemos definido la *enfermedad* como una pérdida de la salud, un estado defectivo de la vida humana. Pasemos ahora a establecer un concepto integral de

la enfermedad humana definiéndola con Lain Entralgo (1) como << un modo de vivir aflictivo, anómalo y reactivo a una *alteración del cuerpo* que hace imposible la vida biológica (**enfermedad letal**), impide o entorpece transitoriamente la realización de la vida personal (**enfermedad curable**) o la limita de un modo penoso y definitivo (**enfermedad incurable**) >>. Aunque Lain Entralgo define explícitamente la enfermedad como una *alteración del cuerpo*, entendemos que de forma implícita incluye también las enfermedades mentales.

La enfermedad puede presentarse además bajo diversas formas: *asintomática, oligosintomática, florida, aguda, crónica, leve, grave, compensada, descompensada*... Por otra parte, una misma enfermedad puede presentar características muy diferentes según las diversas circunstancias que pueden acontecer en cada paciente (adultos, niños, neonatos, embarazadas, enfermos crónicos, inmunodeprimidos, trasplantados, pacientes con SIDA...), de tal forma que las manifestaciones clínicas, evolución e incluso el tratamiento, pueden ser muy diferentes. Tal ocurre, por ejemplo, con las hepatitis víricas; así, la hepatitis A aumenta su gravedad con la edad, la hepatitis B se cronifica mucho más en la infancia, la hepatitis C se cronifica más en los adultos, la hepatitis E provoca una alta mortalidad en las embarazadas (hasta el 21%), la hepatitis por citomegalovirus (CMV) es mucho más frecuente y prolongada en pacientes inmunodeprimidos, etc. De ahí surge el viejo aforismo médico << *No hay enfermedades sino enfermos* >>, dando a entender que una misma enfermedad puede manifestarse de muy diversas formas según el individuo que la padece y, al mismo tiempo, recuerda al médico que no debe considerar al paciente como un simple organismo enfermo.

De todas las enfermedades que he tratado a lo largo de mi dilatada vida profesional es, sin duda, la *hepatitis C* con la que he adquirido mayor experiencia. Así, he podido comprobar que mientras el virus C se comporta de una manera muy agresiva en algunos enfermos, abocándolos en poco tiempo a la *cirrosis* y al cáncer hepático, a otros pacientes, sin embargo, no les provoca ningún daño significativo a lo largo de los años (2, 3, 4).

De todo ello se deduce que establecer un diagnóstico etiológico certero y una estimación pormenorizada del daño orgánico que presenta el paciente, es fundamental para el correcto manejo de la enfermedad.

Las enfermedades que pueden afectar al ser humano son innumerables, pero podríamos clasificarlas en tres grandes grupos: *sobrevenidas, autoprovocadas y yatrogénicas*. Enfermedades *sobrevenidas* son aquellas en las que el enfermo no tiene ningún papel en su aparición, enfermedades *autoprovocadas* aquellas otras en las que el propio paciente tiene una responsabilidad directa o indirecta en su desarrollo, y enfermedades *yatrogénicas* aquellas que son consecuencia directa de un tratamiento médico.

Por ejemplo, una apendicitis aguda es una enfermedad *sobrevenida*; una cirrosis alcohólica es una enfermedad *autoprovocada*, aunque indirectamente, por el propio paciente debido a un consumo excesivo de alcohol durante largo tiempo; una

intoxicación aguda por alguna droga con fines suicidas es una enfermedad *autoprovocada* directamente por el paciente; una hemorragia digestiva debida a un tratamiento continuado con antiinflamatorios no esteroideos es una enfermedad *yatrogénica*.

Una enfermedad *sobrevenida* es algo imprevisto y, excepción hecha de aquellas en las que puede hacerse *profilaxis*, la mayoría de ellas no pueden prevenirse; una enfermedad *autoprovocada* es previsible y puede evitarse, basta con cuidar nuestro cuerpo y nuestra mente. Cuando veo a alguien limpiando con esmero su coche, sobre todo si lo hace mientras fuma, siempre me asalta el mismo pensamiento: << Si cuidara su cuerpo de la misma forma que cuida su coche...>>. En cuanto a las enfermedades *yatrogénicas*, a veces pueden evitarse y en otras ocasiones no. Por ejemplo, la quimioterapia antineoplásica suele provocar con gran frecuencia alopecia, náuseas y vómitos; pues bien, en la actualidad aún no disponemos de ningún tratamiento eficaz para prevenir la alopecia, pero sí para las náuseas y los vómitos.

A veces bromeo con algún paciente sobre el gran número de enfermedades existentes y les refiero lo siguiente: << Existe un enorme bombo, como el del sorteo de la Lotería de Navidad, lleno de bolas, cada una de las cuales representa una enfermedad, y a todas las personas nos obligan a sacar una o más bolas más tarde o más temprano, de tal forma que, a corto o largo plazo, todos seremos enfermos >>. Pues bien, tal como ocurre en el sorteo antedicho, otro bombo más pequeño comparte el escenario con el grande, es el de las enfermedades *autoprovocadas*. De ese bombo solo sacan una o más bolas aquellos voluntarios que lo deseen. Si una persona fuma, bebe alcohol en exceso, consume otras drogas, hace vida sedentaria, come en demasía, tiene relaciones sexuales promiscuas sin tomar precauciones, conduce temerariamente, practica deportes de alto riesgo, etc., seguro que le “toca la lotería” por partida doble. El problema es que esta “lotería” es muy triste y no se celebra con champán.

2.-El enfermo.

En numerosas ocasiones he visitado a pacientes que creían estar enfermos por presentar determinado(s) síntoma(s); otras veces, el motivo de preocupación y, por tanto, de la consulta médica es una alteración analítica descubierta en un chequeo rutinario o en un reconocimiento médico de empresa. Esto forma parte de mi práctica clínica habitual. Con cierta frecuencia, los síntomas o las anomalías analíticas que preocupan a los pacientes no son reflejo de ninguna enfermedad y basta o, mejor dicho, bastaba con tranquilizarlos y explicarles que no están enfermos.

La aparición de Internet ha cambiado sustancialmente esta situación. En la actualidad, lo habitual es que, antes de acudir a la consulta médica, el paciente haya consultado en la red todos sus síntomas y/o las anomalías analíticas que presenta. Esto lleva, casi inevitablemente, a aumentar la preocupación del paciente y a que éste “se

monte una película” que el médico tendrá que “desmontar” con paciencia, información detallada y poniendo en juego toda su capacidad persuasiva.

Casi siempre que me encuentro con un paciente en dicha situación, suelo recurrir a la explicación del significado de los conceptos de *normal*, *anormal* y *patológico*. Es *normal* aquello que se atiene a una norma estadística, *anormal* aquello que se sale de la norma, y *patológico* aquello que es reflejo de una enfermedad. El médico no suele tener ninguna dificultad para diferenciar lo normal de lo anormal, pero sí puede tenerla para distinguir lo anormal de lo patológico. Pongamos un ejemplo: una persona tiene una altura muy superior a sus progenitores, al resto de familiares y a individuos de su misma edad, etnia y procedencia. Evidentemente, si este individuo se sale en demasía de la normalidad estadística por tener una altura excesiva, podremos decir que su talla es *anormal*. Pero, ¿está enfermo? Esta es la pregunta clave que debe hacerse todo médico ante cualquier anomalía que presente su paciente. En el caso del ejemplo anterior, el médico deberá establecer si el paciente padece o no un *gigantismo hipofisario*, enfermedad que se produce por la hipersecreción crónica e inadecuada de la hormona del crecimiento (GH) ocurrida mientras los cartílagos de crecimiento de los huesos aún no se han cerrado. En el caso de que no se demuestre ninguna patología, podemos dar por concluido el caso afirmando que su altura es anormal desde el punto de vista estadístico, pero no está enfermo. La anécdota siguiente, ocurrida en mi propia familia, nos ayudará a aclarar aún más la importancia que tienen en la práctica clínica los conceptos de *normal*, *anormal* y *patológico*.

Uno de mis hijos, a la edad de 13-14 años, participó en un Campeonato Provincial de Judo que se celebró en el Puerto de Santa María (Cádiz); mi esposa y yo acudimos a animarle. Aunque mi hijo siempre ha sido un chico alto y fuerte, tuvo que enfrentarse en esa ocasión a tres contrincantes, uno de ellos aún más alto y fuerte que él. Aunque ganó el campeonato, el esfuerzo que tuvo que realizar fue enorme; llegó un momento en que lo vi tan agotado y sudoroso que le di dos terrones de azúcar a fin de evitarle una posible hipoglucemia. Pues bien, al día siguiente se encontraba mal, por lo que no acudió al colegio; aquejaba un malestar impreciso y cefalea moderada. La exploración física era normal y los signos meníngeos eran negativos. La única anomalía que presentaba era una temperatura de 37,8° C. No le di ningún medicamento dado que la “fiebre” era discreta y además no quería enmascarar ningún signo o síntoma guía que pudiera aparecer posteriormente. La temperatura de 37,8° C permaneció invariable día y noche un día tras otro y no aparecía ningún otro síntoma. La exploración física, por lo demás, seguía siendo normal. Empecé a preocuparme seriamente por él, por lo que lo llevé a mi hospital para practicarle analíticas, radiografías de tórax, ecografía abdominal, etc., siendo todo ello rigurosamente normal. Seguía sin acudir al colegio ya que no se encontraba bien; él mismo se tomaba varias veces al día la temperatura y comenzó a obsesionarse al comprobar una y otra vez que ésta permanecía “anclada” en 37,8° C. Transcurrió un mes y todo seguía igual, por lo que decidí que volviera al colegio aunque no se encontrara bien, dado que el estar en casa preocupado por su temperatura le estaba afectando psíquicamente (la denominada

por Lauda *termometromanía*). Se reincorporó con normalidad al colegio y, ¡a los tres meses! del comienzo de la “fiebre”, la temperatura volvió brusca y espontáneamente a la normalidad, encontrándose totalmente bien a partir de ese momento. De esta anécdota podemos extraer las siguientes conclusiones:

1.-Una temperatura de 37,8° C es *anormal* pero no tiene porqué ser forzosamente *patológica*, es decir, reflejo de una enfermedad.

2.-Ante una temperatura corporal entre 37° C y 37,9° C, como es nuestro caso, el médico ha de esforzarse por discernir si se trata de una *febrícula*, habitualmente debida a procesos infecciosos, o una *distermia* (5), en la que no se detecta ninguna enfermedad orgánica (Du Bois).

3.-Una *distermia* puede ser originada, entre otras causas, por un sobreesfuerzo físico y psíquico, como ocurrió en nuestro caso.

Otra situación que se da con frecuencia en la consulta médica es aquella en la que nos encontramos con un paciente *hipocondríaco*. En estos casos, la consabida consulta a Internet por parte del paciente magnifica aún más la percepción subjetiva de enfermedad que tienen estos individuos y el “desmontaje de la película” por parte del médico es aún más laborioso. No obstante, es muy peligroso que el médico, de entrada, ponga la etiqueta de *enfermo imaginario* a ningún paciente, sea o no hipocondríaco, ya que nadie está libre de enfermedad para siempre. El paciente hipocondriaco requiere por parte del médico al menos la misma atención que el resto de pacientes y debe descartarse con las exploraciones pertinentes, que no desproporcionadas, la existencia de alguna enfermedad real.

Hace algunos años acudió a mi consulta privada un paciente refiriéndome la siguiente historia: su esposa había muerto recientemente de un cáncer de mama, por lo que al poco tiempo del fallecimiento, y aunque se encontraba perfectamente bien, le pidió a un médico amigo que le solicitara una analítica de los “marcadores tumorales”, a fin de asegurarse de que él no padecía ningún cáncer. El médico accedió y le solicitó una verdadera “batería” de marcadores; cuando el paciente recogió los resultados, ambos se llevaron la desagradable sorpresa de que uno de los marcadores, el CA-19.9, se encontraba notablemente elevado, por lo que el médico me remitió a su amigo para que yo lo estudiara. Antes de continuar con la anécdota hemos de aclarar, en primer lugar, que los mal llamados “marcadores tumorales” no deben usarse para el cribado del cáncer, dada su gran frecuencia de falsos positivos y falsos negativos debido a su escasa *especificidad* y *sensibilidad*, respectivamente; de hecho, desde hace algún tiempo se ha propuesto denominarlos *marcadores biológicos*, término más apropiado que el de “tumorales”. En segundo lugar, concretamente el CA-19.9, el marcador que presentaba tan notable elevación, es un ejemplo práctico de frecuentes falsos positivos por múltiples causas (6), incluyendo su elevación por consumo excesivo de té (7). El CA-19.9 también puede elevarse en procesos benignos no tumorales, tales como

determinadas afecciones pulmonares, patología gastrointestinal, endometriosis, quistes ováricos, hepatopatías, insuficiencia renal, pancreatitis, colestasis, quistes mucinosos y bronquiectasias. Por último, puede elevarse igualmente en procesos tumorales malignos, tales como el cáncer de colon, cáncer de estómago, cáncer de hígado, cáncer de páncreas y carcinomas mucinosos e indiferenciados de ovario. Era evidente que el médico amigo había accedido a la petición del paciente, pero ahora me trasladaba a mí la “patata caliente” y yo me veía en la obligación de averiguar por qué estaba elevado el CA-19.9 y, sobre todo, investigar si realmente existía alguno de los cánceres antedichos, a excepción del de ovario dado que el paciente era un varón. Una vez estudiado el paciente mediante la historia clínica, exploración física, analítica, ecografía abdominal, colonoscopia y gastroscopia, el único hallazgo patológico se detectó en la ecografía, la cual revelaba la presencia de colecistitis con signos de colecistitis crónica. Una vez le fue practicada al paciente la colecistectomía, las cifras tan elevadas del CA-19.9 se normalizaron rápidamente. Era evidente que el paciente no padecía ninguna enfermedad tumoral, sino inflamatoria, una colecistitis crónica calculosa, que nunca le había provocado molestia alguna. Por otra parte, si el paciente, en lugar de haberle solicitado al médico los “marcadores tumorales”, le hubiera pedido la realización de un chequeo médico, éste hubiera incluido igualmente la ecografía abdominal y se hubiera descubierto su enfermedad vesicular sin necesidad de tanta ansiedad y la realización de pruebas y consultas médicas innecesarias.

De esta anécdota podemos extraer las siguientes conclusiones:

1º: Se confirma, una vez más, que los “marcadores tumorales” no son tales, debido a su escasa sensibilidad y especificidad, siendo preferible denominarlos *marcadores biológicos*; por estas razones no deben utilizarse como cribado del cáncer. No obstante, el paciente presentaba una cifra *anormal* de uno de estos marcadores y hubiera sido un grave error por mi parte despreciar de entrada dicha analítica por el hecho de haber sido solicitada sin haber seguido los criterios antedichos. El hecho de no investigar debidamente la causa de dicha elevación habría impedido la detección de la colecistitis crónica litiásica que presentaba el paciente, la cual, muy probablemente, le hubiera causado problemas en el futuro.

2º: La consulta médica no debe ser un supermercado donde el paciente pueda escoger, a priori, las exploraciones que más le apetezcan.

3º: Es el médico el que debe informar, orientar y “dirigir” a su paciente y no al revés. La medicina “de complacencia” puede ser nefasta para el propio paciente y, al mismo tiempo, puede colocar al médico en una situación legal comprometida.

4º: El médico no debe ser rígido con el paciente, pero sí firme; si cree que no debe acceder a una petición de su paciente, debe explicarle por qué no puede complacerle. Si el médico es afable y buen comunicador, el paciente aceptará de buen grado sus explicaciones y consejos, salvo que el enfermo sea tan obstinado como el protagonista de la siguiente anécdota:

Hace años, un paciente aquejado de disfagia progresiva acudió a mi consulta de Aparato Digestivo de la Seguridad Social en el ambulatorio de Vargas Ponce, en Cádiz. Le solicité una gastroscopia y a los pocos días volvió con el resultado; presentaba un tumor estenosante en el esófago que resultó ser canceroso. Mi conversación con él transcurrió en los siguientes términos:

Médico: << Bueno, mire, tiene usted un “tumorcito” en el esófago y necesita operarse lo antes posible >>.

Paciente: << No, yo no puedo operarme ahora porque tengo albañiles en mi casa >>.

Médico: << Pero, es que el tumor que tiene usted es maligno y no se puede esperar, y además le está cerrando el esófago >>.

Paciente: << Sí, lo sé, ya me lo dijo don L...>> (el especialista que le practicó la gastroscopia).

Médico: << ¿Qué le dijo don L...? >>.

Paciente: << Que tengo un cáncer de esófago y me tengo que operar urgentemente >>.

Médico: << Y usted, ¿qué le dijo? >>.

Paciente: << Que tengo albañiles en mi casa y yo ahora no me puedo operar >> (*sic*).

Obsérvese que, en un principio, traté de “suavizar” el diagnóstico usando el término “*tumorcito*”; no obstante, cuando observé la “resistencia” del paciente a seguir mi indicación sobre la necesidad inmediata de la intervención quirúrgica, utilicé las palabras *tumor* y *maligno* sin que ello hiciera mella en el enfermo. Seguidamente, me percaté de que el paciente era imposible de convencer cuando él mismo me comentó que ya le habían dicho que tenía un *cáncer* de esófago y que era necesario que se operara urgentemente. Afortunadamente, esta anécdota es excepcional y no he conocido nunca a otro paciente con tan alto grado de tozudez.

No obstante, aunque el médico no comprenda o no comparta las decisiones que toma el paciente, sí debe respetarlas en base al *principio de autonomía del paciente* que detallaremos en el capítulo 7.

En ocasiones, acude a nuestra consulta algún paciente etiquetado previamente de neurótico; en estos casos, el médico no debe dejarse llevar por prejuicios, sino que ha de esforzarse en comprobar si existe o no una enfermedad orgánica, antes de atribuir la sintomatología del paciente a “los nervios”. La siguiente anécdota es sumamente clarificadora al respecto:

Un chico de 17 años acudió a mi consulta de Medicina Interna del Hospital Naval de San Carlos, en San Fernando (Cádiz), refiriendo que desde los 8 años de edad presentaba de forma constante, tras orinar, intensas palpitaciones, cefalea occipital y sensación de ardor abdominal. Refería asimismo disnea a pequeños esfuerzos y sensación permanente de calor con sudoración profusa, motivo por el que en el colegio, aún en pleno invierno, se situaba en clase junto a una ventana abierta, con gran enfado por parte de sus compañeros, por razones obvias. Mientras le hacía la historia clínica no aprecié en él ningún comportamiento neurótico; por el contrario, me parecía un chico que sufría pacientemente por algo que nadie hasta aquel momento había logrado descubrir y que, a mayor abundamiento, tenía que soportar la etiqueta de “neurótico”. A la exploración destacaba taquicardia permanente (112 latidos/minuto), presión arterial muy elevada (180/120) y dilatación de ambas pupilas (midriasis). Cuando terminé de explorarlo, le pregunté si tenía ganas de orinar y me contestó afirmativamente, por lo que, mientras él orinaba yo le tomaba la presión arterial, ascendiendo ésta hasta 235/145 y presentando, como habitualmente, cefalea occipital. Era evidente que este chico no tenía nada de neurótico y presentaba una hipertensión arterial muy severa, cuya etiología era necesario identificar cuanto antes. El hecho de que las cifras tensionales aumentaran significativamente tras orinar, me orientó hacia la posibilidad de que pudiera existir un tumor en la vejiga urinaria que, tras contraerse ésta para posibilitar la micción, secretara hormonas que elevaran aún más la presión arterial. Mediante las exploraciones complementarias pertinentes pude llegar a un diagnóstico etiológico preciso: Hipertensión arterial en estadio III secundaria a *feocromocitoma vesical*; es decir, tenía un tumor en la vejiga urinaria que producía adrenalina y noradrenalina, hormonas que pasaban a la sangre, sobre todo tras la micción, y elevaban enormemente la presión arterial. El paciente fue intervenido quirúrgicamente, con lo que se normalizó la presión arterial así como los demás parámetros clínicos y bioquímicos (8). Y así terminó la “neurosis” de aquel chico tras nueve años de padecimientos e incompreensión.

3.-El médico.

El médico, en palabras de Ciril Rozman (9), es << un ser dotado de capacidades para una actuación inteligente, técnicamente idónea y, además, moralmente correcta. No debe actuar como un robot ni el paciente debe recibir por parte de él la consideración de un simple organismo enfermo. El ejercicio médico emplea obviamente métodos científicos para resolver los problemas de los enfermos, pero es evidente también que la práctica clínica no ha de ser solo científicamente perfecta, sino que es preciso que esté impregnada de comprensión humana, madurez, sabiduría y sentido común para determinar en cada momento qué camino es el más beneficioso para un paciente concreto >>.

Llegados a este punto, es conveniente hacernos una pregunta: ¿Es necesario tener vocación para ser un buen médico? Antes de tratar de contestar a esta cuestión voy a referir dos anécdotas. La primera la viví cuando tenía 17 años y estaba estudiando el

curso Preuniversitario. Mi colegio organizó una serie de conferencias, impartidas por diferentes profesionales, para orientarnos sobre las diferentes carreras a seguir. Así, intervinieron un arquitecto, un médico, un ingeniero, etc. Solo recuerdo la conferencia del médico, pero no porque me gustara, sino por el desagrado que me produjo. El médico, de unos 40 años, hablaba con mucha seguridad en sí mismo, quizás demasiada, y, entre otras cosas, nos dijo que la vocación no servía para nada en el ejercicio de la Medicina. En aquella época yo andaba desorientado, pero sí tenía un concepto muy elevado de la Medicina y de lo que, para mí, debería ser un buen médico. De aquella conferencia saqué varias conclusiones:

1ª: Que aquel médico no tenía vocación ya que, si la hubiera tenido, la habría exhibido como “estandarte”.

2ª: Que un médico sin vocación difícilmente podría tener empatía con sus enfermos y, por tanto, ser un buen médico.

3ª: Que, suponiendo que yo fuera médico algún día, es seguro que lo sería por vocación y no por otros motivos.

La segunda anécdota ocurrió en el verano de 1970, recién finalizado el tercer año de la carrera. Como ya comenté en el capítulo uno, el final del tercer curso fue muy duro para mí debido a la rotura de mi noviazgo, que coincidió con la época de los exámenes finales. Debido al estrés que había soportado, presentaba frecuentes palpitations, por lo que acudí al médico. Éste, cuando yo le comenté que era estudiante de Medicina, me dijo textualmente: << La Medicina es absurda porque lucha contra la muerte, y a la muerte no se le puede vencer >>. No le contradije por educación, pero nunca he estado ni estaré de acuerdo con dicha afirmación. Lo sorprendente era que esto me lo dijera precisamente un médico y ya maduro. Aún más sorprendido me quedé cuando al exponerle el motivo de mi consulta, las frecuentes palpitations, ni siquiera me auscultó ni me tomó el pulso; sin levantarse de su asiento se limitó a recetarme un medicamento que, por supuesto, no llegué a comprar, tal era la desconfianza que me inspiró aquel médico. Dados los años que han pasado desde aquella anécdota, doy por hecho que este médico ya ha fallecido y, como no deseo “hacer leña del árbol caído”, me he limitado a referir la anécdota tal como sucedió, pero no voy a hacer ningún comentario al respecto; que el amable lector saque sus propias conclusiones. Por mi parte, debo añadir que aunque los médicos somos seres humanos como todos los demás y podemos tener graves defectos, creo que hay muy pocos médicos que no merezcan serlo. Sí es posible que existan médicos sin una fuerte vocación que, con el paso de los años, van perdiendo la ilusión por su trabajo, la fe en la Medicina y, como consecuencia, atienden a sus pacientes con un comportamiento automático, sin empatía. Es el *síndrome del médico quemado (burnout, en inglés)*.

Un estudio epidemiológico publicado en 2012 en la revista *Archives of Internal Medicine* (10) en base a una encuesta validada y autocumplimentada por 7.288 médicos de EEUU, reveló que el 45,8% de los mismos presentaba al menos un síntoma de *burnout*. Según las especialidades, aquellas que se encuentran en primera línea de la

demanda asistencial o en el primer nivel (médicos de familia, de urgencias, medicina interna general) son las que tienen mayor riesgo de padecer este trastorno. Las principales conclusiones de este estudio son que el *síndrome del quemado* (*burnout syndrome*) es más frecuente entre los médicos que entre otros profesionales no sanitarios de EEUU, y que los médicos de primer nivel son los que tienen más riesgo de afectarse por este trastorno.

Retomemos ahora la pregunta: ¿Es necesario tener vocación para ser un buen médico? Una de las acepciones con que define la RAE el término *vocación* es: << Inclinación a un estado, una profesión o una carrera >>. Siguiendo este mismo criterio, ¿cómo es posible pensar que un médico pueda ser un buen profesional si no siente esa inclinación por la Medicina? Si no tiene vocación para ser médico no creará en la Medicina y, por tanto, tratará a sus pacientes con desgana, y no tendrá la suficiente fuerza y confianza en sí mismo para poder curarlos. A mi juicio, para ser un buen médico *clínico* es imprescindible tener vocación por la Medicina y, al mismo tiempo, vocación de servicio. No obstante, el ejercicio de la Medicina puede realizarse también desde otras muchas especialidades *de laboratorio o diagnósticas*, en las cuales el contacto directo con el enfermo es reducido. Aunque siempre es conveniente tener vocación para una determinada profesión o especialidad, en mi opinión se puede ser un buen médico *no clínico* sin tener una especial inclinación para ello.

En la pared de mi despacho tengo colgada una lámina de una pintura al óleo de Pablo Picasso a la que tituló *Ciencia y Caridad*. En ella, puede apreciarse cómo un médico *clínico*, que representa aquí la *ciencia*, le toma el pulso a una paciente con aspecto de gravedad, mientras una monja *caritativa* le ofrece un tazón de caldo al mismo tiempo que sostiene en brazos al hijo pequeño de la enferma (figura 12).



Figura 12: *Ciencia y Caridad* (1897). Pablo Picasso.

El hecho de que tenga en mi despacho esta lámina es para recordarme a mí mismo que la caridad es una forma de solidaridad y empatía, y que un buen médico clínico también puede y debe transmitírsela a sus enfermos. El paciente, por su parte, debe percibir en todo momento que *no está solo* y desvalido ante su enfermedad, sino que cuenta con el apoyo científico y humano de *su* médico, en la seguridad de que hará por él todo lo posible para aliviarle y curarle de sus dolencias.

Una de las cosas fundamentales que he aprendido a lo largo de mi dilatada vida profesional es que el médico debe conocer perfectamente cuáles son sus propias limitaciones en todos los aspectos; un buen médico no debe olvidar nunca el aforismo hipocrático << *primum non nocere* >> (*lo primero es no hacer daño*) y para ello es fundamental que no se extralimite al tomar decisiones que están fuera de su conocimiento o de su competencia profesional, ya que esto podría acarrear funestas consecuencias para sus pacientes. En mi opinión, lo dicho es igualmente aplicable a cualquier persona, especialmente a aquellas que tienen responsabilidades con los demás.

1.-Laín Entralgo P.-*Concepto de salud y enfermedad*.-En: Patología General. Balcells A, Carmena M, Casas J, Farreras P, Laín P, López E, Perianes J, Sánchez-Lucas J.G, Velasco R.-2ª ed. MCMLXVIII; pag. 9-18.

2.-Bellón Alcántara AJ, Zafra Mezcuca J.-*Un largo periplo por el archipiélago de las hepatitis víricas (1985-2000)*.-Real Academia de Medicina y Cirugía.-Cádiz, 2000.

3.-Bellón Alcántara AJ.-*Estudio clínico-epidemiológico sobre la hepatitis No A, No B-C (1985-2004)*. Excmo. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz. Cádiz, 2004.

4.-Bellón Alcántara AJ.-*Estudio clínico-epidemiológico sobre la hepatopatía grasa no alcohólica y la hepatitis crónica C en relación con la fibrogénesis hepática y el síndrome metabólico*.-Real Academia de Medicina y Cirugía.-Cádiz, 2009-

5.-Término muy usado por los clínicos españoles clásicos: Marañón, Jiménez Díaz, Pedro Pons, Rof Carballo.

6.- R. Molina, X. Filella, J. Trapé, J. M. Augé, A. Barco, F. Cañizares, A. Colomer, A. Fernández, M. J. Gaspar, A. Martínez-Peinado, L. Pérez Suárez, M. Sánchez, J. M. Escudero.- *Principales causas de falsos positivos en los resultados de marcadores tumorales en suero*. Revisión (2013). Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular. Comité Científico. Comisión de Marcadores Biológicos del Cáncer.

7.- Howaizi M, Abboura M, Krespine C, Sbai-Idrissi MS, Marty O and Djabbari-Sobhani M-. *A new cause for CA 19.9 elevation: heavy tea consumption*. Gut. 2003; 52:913-4.

8.-Martínez Vidal C, Bellón Alcántara AJ, Lorente Campos J, López Sánchez J.-*Feocromocitoma vesical de nueve años de evolución*.-Servicio de Medicina Interna. Hospital Naval de San Carlos. San Fernando (Cádiz). Comunicación a la IV Reunión Científica de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna. Granada, 23-25 de octubre de 1986.-Anales de Medicina Interna. Octubre 1986; pag. 25.

9.-Rozman C.-*Fundamentos de la práctica médica*.-En: Medicina Interna. Farreras-Rozman. 15ª Ed. Elsevier España 2004; pag. 3-6.

10.- Shanafelt TD, Boone S, Tan L, Dyrbye LN, Sotile W, Satele D, West CP, Sloan J, Oreskovich MR.- *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population*. Arch Intern Med. 2012 Aug 20;1-9. doi: 10.1001/archinternmed.2012.3199.