

TEORÍA DE LA RELACIÓN MÉDICO-ENFERMO

<< ¿Por qué al médico y al preceptor les soy deudor de algo más, por qué no cumplo con ellos con el simple salario? Porque el médico y el preceptor se convierten en amigos nuestros, y no nos obligan por el oficio que venden, sino por su benigna y familiar buena voluntad. Así, al médico que no pasa de tocarme la mano y me pone entre aquellos a quienes apresuradamente visita, prescribiéndoles sin el menor afecto lo que deben hacer y lo que deben evitar, nada más le debo, porque no ve en mí al amigo, sino al cliente...¿Por qué, pues, debemos mucho a estos hombres? No porque lo que nos vendieron valga más de lo que les pagamos, sino porque hicieron algo por nosotros mismos. Aquél dio más de lo necesario en un médico: temió por mí, no por el prestigio de su arte; no se contentó con indicarme los remedios, sino que me los administró; se sentó entre los más solícitos para conmigo, y acudió en los momentos de peligro; ningún quehacer le fue oneroso, ninguno enojoso; le conmovían mis gemidos; entre la multitud de quienes como enfermos le requerían, fui para él primerísima preocupación; atendió a los otros en cuanto mi salud lo permitió. Para con ése estoy obligado, no tanto porque es médico, como porque es amigo. >>

Séneca, *de beneficiis*, VI, 16.

En mi opinión, nadie ha tratado el tema de la relación entre el paciente y el médico de forma tan exhaustiva y acertada como lo hizo el médico, historiador, ensayista, filósofo y Premio Príncipe de Asturias, Pedro Laín Entralgo (1908-2001) en su obra *La relación médico-enfermo*, publicada en la Revista de Occidente (Madrid) en 1964. Es por ello que intentar reflexionar sobre este tema sin acudir en más de una ocasión a la “fuente” que constituye dicha obra, sería como intentar redescubrir el Nuevo Mundo.

Con dicho autor podemos afirmar que << nada hay más fundamental y elemental en el quehacer del médico que su relación inmediata con el enfermo. El *encuentro personal* entre el médico y el enfermo y la *relación diagnóstico-terapéutica* a él consecutiva son rigurosamente imprescindibles para una práctica *humana* del arte de curar >> (1).

Dicho *encuentro personal* entre el enfermo y el médico puede establecerse de muy distintos modos y en muy diferentes escenarios: la visita domiciliaria, la sala del hospital, la policlínica, el consultorio privado, el campo de batalla, etc. No obstante, bajo tan diversas apariencias subyace siempre una constante: de una parte, un ser humano enfermo

que necesita o demanda ayuda; de la otra, otro ser humano, un médico benevolente que desea ayudarlo, y para ello pone en marcha todos los recursos necesarios de que dispone para curar a su paciente y, si esto no fuera posible, al menos aliviarle o consolarle. Tal como referíamos en la introducción, éstas son las dos únicas condiciones necesarias para que se establezca un verdadero *acto médico clínico*.

El interés del paciente en su relación con el médico es siempre el mismo: *su propia salud*, bien para mantenerla o para recuperarla si la ha perdido. En cuanto al médico, siguiendo a Laín Entralgo, podemos distinguir cuatro tipos de intereses diferentes que habitualmente van imbricados, si bien en proporciones variables según la personalidad del facultativo:

1.-En el interés más noble predomina el *amor de misericordia* a un hombre que sufre. Podríamos decir en este caso que el médico actúa como el buen samaritano de la parábola evangélica.

2.-En otros casos, prevalece el deseo de *dominar la naturaleza* mediante el saber científico. El médico, como científico, lucha por vencer a la enfermedad que padece el paciente.

3.-A veces, el médico puede sentir la tentación de un vivo *apetito de lucro y/o de prestigio*. Ya Maimónides en el siglo XII rogaba a Dios para que no lo dejara caer en esta tentación: << *Oh Dios...No consientas que la sed de riqueza o el deseo de gloria influyan en el ejercicio de mi profesión* >>.

4.-Por último, el médico, además de trabajar privadamente, puede hacerlo para una organización estatal o social a la cual también pertenece el paciente (seguridad social, ejército, beneficencia, etc.).

Se establecen así cuatro variedades principales de relación médico-enfermo: la *amistosa*, la *científico-natural*, la *económico-profesional* y la *funcionarial*, y a cada una de ellas corresponde un modo peculiar de ver y de entender al enfermo, si bien, como hemos dicho anteriormente, lo habitual es que vayan imbricadas entre sí.

A dicho encuentro personal le sigue la fase más decisiva y compleja de la relación médico-enfermo: la del *diagnóstico* y posterior *tratamiento*. En más de una ocasión, algún paciente me ha dicho el primer día de la visita médica: << Doctor, póngame usted un buen tratamiento >>. A muchos enfermos, lo que verdaderamente les importa es precisamente eso, un buen tratamiento. A dichos pacientes trato de explicarles que *no existe un buen tratamiento sin un diagnóstico previo certero*.

En cierta ocasión una paciente me dijo textualmente: << D. Antonio, usted me da miedo >>. Yo me quedé muy sorprendido y le pregunté el motivo. << Porque usted siempre averigua lo que tengo >>, me respondió. De nuevo, el miedo al diagnóstico aflora en el paciente hasta tal punto de que preferiría no saber lo que tiene y recibir, sin más, un “buen tratamiento”. Estos pacientes, generalmente mayores, son partidarios de la

medicina paternalista que ha imperado hasta hace pocos años en muchos países, incluido el nuestro, y de la que hablaremos más adelante.

En muchos aspectos, la labor del médico se asemeja a la de un policía; ambos van siguiendo las pistas para encontrar al “culpable”. El clínico busca los *síntomas* y *signos* que presenta el paciente para saber qué enfermedad padece. Desde el primer momento del *encuentro personal*, el médico debe ir recogiendo mentalmente datos que pueden ser muy importantes para llegar a establecer un diagnóstico certero. Pongamos algunos ejemplos:

1/ *El aspecto general del paciente*: la edad, el sexo, el posible estado de gestación en mujeres en edad fértil, el aparente estado de nutrición, la facies (depresiva, ansiosa, dolorosa, de “luna llena”, hipertiroidea, parkinsoniana, pálida, cianótica, icterica, etc.), el estado de aseo personal, la indumentaria, el comportamiento, la expresión corporal, el grado aparente de cultura, etc.

2/ *El primer contacto físico*: es el que tiene lugar habitualmente al estrechar la mano del paciente para saludarle. Una mano sudorosa puede indicar un estado de tensión emocional, mientras que una mano caliente puede indicar fiebre o hipertiroidismo; por el contrario, una mano fría puede indicar hipotiroidismo, anemia, déficit circulatorio...

La siguiente anécdota nos puede dar una idea de la importancia que puede tener la primera impresión que nos da el enfermo. Hace años, en el Hospital Naval de San Carlos, en San Fernando (Cádiz), visité a un paciente varón de unos 65 años, el cual, mientras le hacía la historia clínica, estaba continuamente mirando al techo de la habitación, sobre todo a las esquinas; por lo demás, contestaba bien a las preguntas que yo le hacía. Cuando terminé de hacerle la historia clínica y al salir de la habitación para pasar a la sala de exploración, el paciente se golpeó en el hombro con el quicio de la puerta; le pregunté si eso le había pasado otras veces y me respondió que le ocurría con frecuencia. Era evidente que el paciente presentaba unos síntomas sugestivos de patología cerebral, por lo que le solicité un TAC craneal urgente, el cual reveló la presencia de un tumor cerebral.

En otras ocasiones, el buen aspecto general del paciente nos puede inducir a error, al pensar que padece un proceso banal y, sin embargo, *la procesión va por dentro*, como suele decirse en lenguaje castizo. A mediados de los años setenta del siglo pasado, estando de internista de guardia en el Hospital Mora Provincial de Cádiz, me llegó un paciente varón de unos cincuenta años refiriéndome que había estado fumigando en el campo hacía unas 24 horas y que desde entonces no orinaba; el paciente venía solo, andando por su propio pie, su aspecto general era bueno y, aparte de no orinar, se encontraba subjetivamente bien. Tuvo la precaución de traerme el envase del producto con el que había estado fumigando; se trataba de un plaguicida que llevaba fósforo en su composición y en el envase aparecía un número de teléfono de información toxicológica para llamar en caso de intoxicación. Era el primer caso que yo atendía de una presunta intoxicación por plaguicidas y, ante el buen aspecto del paciente, el hecho de conocer la composición química del producto y, sobre todo, las pautas a seguir que me dieran en el

teléfono de información toxicológica, yo confiaba en resolver el caso sin mayores dificultades. Inmediatamente, llamé al teléfono de información toxicológica que aparecía en el envase, y describo seguidamente los términos de la conversación:

-Médico: << Buenas tardes, le llamo desde Cádiz. Soy el Dr. Bellón, internista de guardia del Hospital Mora Provincial. Acaba de llegarme un paciente que ha estado fumigando ayer en el campo con el producto X (no puedo recordar el nombre comercial) y me comenta que no orina desde hace 24 horas >>.

-Interlocutor: << No haga nada, se muere seguro >> (*sic*).

Me quedé petrificado; no podía creer lo que estaba ocurriendo. Inmediatamente, hablé con el médico de guardia de la UCI, le comenté todo lo que había pasado y decidimos ingresarlo en dicha unidad de cuidados intensivos, en la que el paciente entró por su propio pie. A la mañana siguiente, cuando terminé la guardia, fui a la UCI a preguntar cómo estaba el enfermo, y me llevé la desagradable sorpresa de que ya había muerto. El compuesto de fósforo que llevaba el plaguicida en su formulación química, le había provocado una insuficiencia renal aguda y un fallo multiorgánico que le ocasionó la muerte en pocas horas.