

SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES

Volumen II

SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES

Una recopilación

Volumen II

CLIFTON K. MEADOR M.D.

Traducción y edición:

Ximena Páez

Profesora Titular

Facultad de Medicina

Universidad de los Andes

Mérida, Venezuela

Versión en español de la obra original en inglés “*A Little Book of DOCTORS’ RULES II. A compilation*” de Clifton K. Meador M.D., publicada por Hanley & Belfus Inc. Philadelphia, 1999.

ISBN del original: 1-56053-365-X

Diseño de portada y contraportada de S. R. Páez

DERECHOS RESERVADOS. Ninguna parte de este libro puede ser reproducida, reeditada o difundida de ninguna forma o medio sin autorización escrita de Hanley & Belfus Inc.

ISBN de SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES. Una recopilación.

Vol. II: 980-11-0538-2

Depósito Legal: lf 23720016101848

ISBN de la colección REGLAS DE LA BUENA PRÁCTICA MÉDICA: 980-11-0534-8

Depósito Legal: lf 2372001610813

Impresión financiada por CDCHT-ULA y debidamente autorizada por Hanley & Belfus Inc.

Impreso en 2001 por Editorial Venezolana, Mérida - Venezuela.

DEDICATORIA

Este libro está dedicado a todos mis profesores, y especialmente a estos mentores que han influido grandemente en mi vida y en mi carrera:

Los Años de Vanderbilt

Dr. Sam Clark

Dr. Elliot Newman

Dr. James Ward

Dr. Bertram Sprockin

Dr. Rudolph Kampmeier

Dr. Grant Liddle

Dr. John Shapiro

Dr. David Rogers

Los Años de Columbia-Presbyterian

Dr. Robert F. Loeb

Dr. Charles Reagan

Los Años de la Universidad de Alabama en Birmingham

Dr. Tinsley Harrison

Dr. S. Richardson Hill

Dr. James Pittman

Dr. Joseph F. Volker

CONTENIDO

Doctores	Reglas
Virginia D. Avernethy Nashville, Tennessee	198
Ron Addlestone Nashville, Tennessee	40
Robert H. Alford Nashville, Tennessee	121-125
Clyde Alley Nashville, Tennessee	126
Loren H. Amudson Nashville Tennessee	1-12

Doctores**Reglas**

J. Kelley Avery	131-132
Nashville, Tennessee	
Paul H. Barnett	34
Nashville, Tennessee	
David Barton	212-215
Nashville, Tennessee	
Howard J. Bennett	133-138
Washington D.C.	
Stephen J. Bergman (Samuel Shem)	63-75
Newton, Massachusetts	
Keehn Berry	120
Birmingham, Alabama	

Doctores**Reglas**

Earl F. Bracker	164-165
Cambridge, Massachusetts	
Kenneth L. Brigham	15-16
Nashville Tennessee	
Benjamin F. Byrd III	176
Nashville, Tennessee	
Pietro Castelnuovo-Tedesco*	19
Nashville, Tennessee	
John E. Chapman	17
Nashville, Tennessee	

* fallecido

Doctores**Reglas**

David A. Cowden	157
Kingsport, Tennessee	
John R. Denton	110-112
Jamaica, New York	
John H. Dixon	35-39
Nashville, Tennessee	
Bernhard E. Driedger	166-168
Cranbrook, B.C., Canada	
Tony Feeney	148-152
Dublin, Irlanda	

Doctores**Reglas**

Howard Fisher	22-24
Detroit, Michigan	
D. Fried	238
Holon, Israel	
T.C. Goel	159-161
Lucknow, India	
Mark Goldfarb	12
Nashville, Tennessee	
Fred Goldner, Jr.	50-51
Nashville, Tennessee	
Pavlos C. Goudas	18
Patras, Grecia	

Doctores**Reglas**

Paul W. Green	182
Eau Claire, Winsconsin	
John H. Griscom	25-29
Nashville, Tennessee	
David R. Grube	185-186
Philomath, Oregon	
E. David Haigler, Jr.	199-21
Brimingham, Alabama	
Kay Haraguchi	189
Tuba City, Arizona	
Mary Alice Harbison	222-233
Nashville, Tennessee	

Doctores**Reglas**

Jang Y. Hen	52-55
Birmingham, Alabama	
Mark C. Houston	127
Nashville, Tennessee	
Henry S. Jennings, Jr.	78-79
Gainnesville, Georgia	
Henry S. Jennings III	80-83
Nashville, Tennessee	
John Johnson	100
Nashville, Tennessee	
Allen B. Kaiser	196-197
Nashville, Tennessee	

Doctores**Reglas**

Yoshitaka Kitao	183
Kyoto, Japón	
Larry Kravitz	56-62
Austin, Texas	
Robert Matz	17-33
New York, New York	
Edward C McDonald	220-221
Nashville, Tennessee	
Alexander C. McLeod.....	216-219
Nashville, Tennessee	
Daniel J. Meador B.S., J.D., LL.M.	128
Charlottesville, Virginia	

Doctores**Reglas**

Robert Miller	11
Nashville Tennessee	
H. Clay Newsome	169-171
Nashville, Tennessee	
Garth Olds	119
Bismarck, North Dakota	
Harry Page	13
Nashville, Tennessee	
Steven J. Parrillo	162
Norristown, Pennsylvania	

Doctores**Reglas**

Howard B. Perer	158
Fr. Lauderdale, Florida	
James Pittman	237
Birmingham, Alabama	
Martha Radford	190
New Haven, Connecticut	
M. Ramesh	163
Karhabaka, India	
Eugene M. Regen	41
Nashville Tennessee	

Doctores**Reglas**

Frank A. Riddick, Jr	76-77
New Orleans, Louisiana	
Judson Rogers.....	141
Nashville Tennessee	
Stan Sanders	191-195
Nashville Tennessee	
Deborah D. Sherman	156
Dothan, Alabama	
Mark P. Snyder	184
Durham, North Carolina	

Doctores**Reglas**

Stan Snyder	210-211
Nashville, Tennessee	
Joseph Spitzer	153-155
Londres, Inglaterra	
Bertram Sprofkin	42-46
Nashville, Tennessee	
Christopher D. Stanton	13-15
Portola, California	
G. Gayle Stephens	84-99
Birmingham, Alabama	
W.D. Stribling	177-181
Gainnesville, Georgia	

Doctores**Reglas**

John A. Strupp	187-188
Nashville, Tennessee	
Kenneth W. Taylor	147
San Diego, California	
Bayard S. Tynes	129-130
Birmingham, Alabama	
Stephen Vaughn	116-118
Randolph, Massachusetts	
Abraham Verghese	47-49
El Paso, Texas	
Murray L. Waldman	172-175
Toronto, Ont., Canada	

Doctores**Reglas**

John M. Weigand	234-236
Westerville, Ohio	
W. Scott West	139-140
Nashville, Tennessee	
Lawrence K. Wolfe	21
Nashville, Tennessee	
Julius Wroblewski	142-146
Vancouver, B.C., Canada	
Michael Zanolli	113-115
Nashville, Tennessee	

NOTA PRELIMINAR

Después de haber traducido y editado el primer volumen de “normas o reglas” sobre la práctica médica, que calificué como de la *buena* práctica médica, cuyo autor es el Profesor de Clínica Médica, Dr. C.K. Meador de la Universidad de Vanderbilt, continué con el mismo interés en esta tarea con el segundo volumen. Aquí, a diferencia del anterior, las reglas fueron aportadas por médicos practicantes de diversas partes de Estados Unidos y de otros países del mundo. Sin embargo, estas normas recopiladas tienen las mismas características esenciales de las primeras, es decir, tener el peso de verdades, tener muchas de ellas un toque de humor y a veces de sarcasmo o ironía, lo que hace

disfrutar de su lectura sin menoscabar el propósito primordial de ser enseñanzas útiles con un profundo contenido ético que al ser puestas en ejercicio den como resultado una mejor atención o servicio a los pacientes. Estas reglas aunque van dirigidas como es deseo del autor, especialmente a los médicos, también pueden ser leídas y apreciadas por cualquier lego en la materia, pues el tema del cuidado de la salud es siempre de interés para todos.

Agradezco en esta nueva oportunidad al Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la Universidad de los Andes por permitir la difusión en español de este segundo volumen de reglas y consejos sobre la *buena práctica médica*.

Ximena Páez

PREFACIO DEL PRIMER VOLUMEN

Había pensado con frecuencia que debería haber un conjunto de reglas para la práctica médica. Esperé encontrar tal colección en la escuela de medicina, en la residencia y después en mi carrera. Creía que eso me ayudaría a desarrollar mis habilidades como médico. Sin embargo, nunca encontré una regla que llenara mis expectativas y mis necesidades. Leí por supuesto, los aforismos de Hipócrates, Osler y otros. Pero todos ellos eran ya anticuados desde el punto de vista práctico.

A través de los años oí o leí ideas concisas y útiles acerca de la práctica de la medicina. Hice notas mentales probando esas nociones clínicas en mi enseñanza y práctica.

Este libro es, pues, el resultado de mi esfuerzo para recopilar en un orden que no es otro que el dado por la secuencia en la que recordé y registré estas reglas, observaciones y consejos útiles, los cuales espero sean de provecho, especialmente para aquellos que estén comenzando el estudio de la medicina.

Hay tres pruebas que he intentado aplicar a cada una de las reglas:

Primera, una regla es buena si tiene un sentido intuitivo y tiene un halo de verdad.

Segunda, una regla es válida cuando su aplicación es útil o su violación es dañina.

Tercera, una regla es sólida si se establece de tal manera que permita ser afirmada o refutada por observaciones directas y sistemáticas de otras reglas. Esta

última consideración llena el esencial e importante potencial para ser considerada una regla científica.

Seleccioné también reglas que exponen el lado humorístico de la práctica médica, aunque esto no fue un requisito. Es casi una norma que los médicos nos tomemos muy en serio, tanto que algunas veces olvidamos que también somos humanos. A mí me ha parecido que el ejercicio de la medicina es una actividad muy entretenida y quise imprimir esta sensación en las reglas. Espero con esto no haber ofendido a muchos.

Mi fascinación ha sido siempre más con la naturaleza de la práctica de la medicina que con la práctica misma. Me he preguntado con frecuencia qué es lo que constituye la verdadera sustancia del ejercicio médico. ¿Cuáles son sus elementos esenciales? ¿Qué es lo que hacemos que sea útil?

¿Qué es lo que hacemos que sea nocivo? ¿Hay alguna forma de codificar y describir estos elementos necesarios? ¿Podemos romper esas reglas no escritas y no habladas por las cuales actuamos y las cuales determinan nuestra conducta y nos hacen médicos? ¿Podemos comenzar a explorar el confuso arte de la práctica médica de manera sistemática? ¿Podemos crear una ciencia del arte de la práctica de la medicina?

Para terminar, tengo dos comentarios. Primero, que la presentación casi al azar de las reglas pudo haber causado incomodidad en algunos de mis colegas. Sin embargo, yo la encuentro agradable porque lleva a la naturaleza impredecible y a veces caótica de la interacción entre un médico y un paciente, especialmente en su primer encuentro, a nivel del cuidado primario. Pienso además que esta

presentación no organizada atraerá más el interés del lector que si ella estuviera en un orden estructurado. Y por último, que con este esfuerzo inicial aspiro a que los lectores compartan conmigo también sus propias reglas, por las que ellos disfrutan de la práctica de la medicina; y que por tanto no duden en enviar sus normas o comentarios acerca de cualquiera de las contenidas en este libro para incluirlas en la próxima edición. Al final del libro encontrarán un formato tentativo con este fin.

Clifton K. Meador, M.D.

PREFACIO AL SEGUNDO VOLUMEN

Han pasado siete años desde la publicación del primer volumen de “*A Little Book of Doctors’s Rules*”. Aunque en ese libro fui el único editor, muchas de las normas provinieron de fuentes que escapaban a mi memoria. En cambio en este segundo volumen, tomé una estrategia diferente, cada regla fue acreditada a quien la aportó.

En el primer volumen, invité a los lectores de dentro y fuera de los Estados Unidos a enviar sus reglas para una próxima edición. La respuesta fue gratificante, recibí más de doscientas reglas nuevas de distintas partes del mundo, entre ellas Estados Unidos, Gran Bretaña e India. Estas normas

conforman este segundo libro. Aunque algunas de estas nuevas normas pudieran parecerse a algunas del primer volumen, se trató de evitar que existiera duplicación.

Tengo todavía la esperanza de que por recopilar esas diversas reglas usadas por los médicos, nosotros podamos comenzar a comprender cómo pensamos. Muchos años de destilada sabiduría y de humor se incluyen aquí. Aspiro que “*A Little Book of Doctor’s Rules II. A Compilation*” sea útil para aquellos quienes apenas están comenzando a explorar el arte de la práctica de la medicina, y que continúe enriqueciendo de conocimiento a los médicos ya experimentados.

Clifton K. Meador, M.D.

LOREN H. AMUNDSON, SIOUX FALLS, SOUTH
DAKOTA

1

Aprenda a dar una atención apropiada a los adolescentes con acné.

Ellos pueden compartir cosas importantes que tienen en sus mentes, mientras Ud. examina espinillas y controla el curso de una patología común de la piel.

2

Visite a sus pacientes que viven en hogares para ancianos.

Algunos de ellos están descuidados, y muchos más están recibiendo atención innecesaria, pobre o inadecuada.

3

Reconozca la conducta suicida en sus pacientes deprimidos. La clave de la prevención es el diagnóstico precoz. Conozca la depresión y todas sus manifestaciones.

4

El cuidado de los pacientes ancianos consiste principalmente en el manejo de drogas; resístase a prescribir demasiadas drogas.

5

Cerciórese que Ud., sus pacientes y los consultantes a los cuales Ud. recurre, conocen la diferencia entre una consulta y una referencia.

6

Los exámenes médicos en atletas jóvenes antes de competencias deportivas comienzan y terminan con una historia familiar detallada.

7

Siga a diario el cuidado de sus pacientes hospitalizados.

Ud. es el que está mejor calificado para hablar con el paciente y su familia.

8

Únase y participe activamente en al menos una organización comunitaria.

9

Trate pacientes que vienen de grupos de población desamparados y especiales.

Ud. crecerá y se beneficiará de la experiencia, sea o no recompensado monetariamente.

10

No sea el médico tratante de las esposas de sus amigos ni de los amigos de su esposa.

Así todas estas amistades durarán más.

11

Toma dos años aprender cuándo abrir el abdomen y toma veinte años aprender cuándo no hacerlo.

12

Cuando un paciente que está tomando una droga –cualquier droga- se enferma, se debe presumir que la droga es la culpable hasta que se pruebe lo contrario.

CHRISTOFER D. STANTON, PORTOLA, CALIFORNIA

13

Haga contacto visual con el paciente desde el comienzo, pero manténgalo solamente si él lo acepta.

14

Cuando entregue al paciente una serie de resultados (buenos y malos), siempre discuta primero los resultados buenos.

Muy poco se oirá o recordará después de oír malos resultados (por ejemplo, “Ud. tiene cáncer”).

15

Al final de una consulta, revise una vez más junto con el paciente:

- (1) el diagnóstico presuntivo y
- (2) el plan de trabajo para ese diagnóstico.

Luego pregunte al paciente, “¿Hay alguna cosa más?.”
Ud. se sorprenderá (y los pacientes le agradecerán) cuán a menudo se evidencia una razón menos obvia para la consulta.

JAMES E. ANDERSON, NASHVILLE, TENNESSEE

16

El proceso de curación comienza con una sonrisa.

ROBERT MATZ, NEW YORK, NEY YORK

17

*Medicaid y Medicare** son los mejores métodos diseñados para hacerles el mundo seguro a los empleados de oficina.

18

Mientras más accesible sea un examen o un procedimiento, más indicado es hacerlo.

* Nota de traducción: *Medicaid y Medicare* son programas gubernamentales de asistencia de salud en EEUU, el primero es para personas sin recursos económicos, sufragado totalmente por el gobierno; y el segundo es un seguro parcial de enfermedad para ancianos y minusválidos.

19

REGLA DE RUMPLE:

Ningún médico de planta del hospital carece de importancia. Inclusive, alguno podrá ser siempre citado como un mal ejemplo.

20

DICTADO DE LORD BROCK:

Si un paciente tuvo una enfermedad o cirugía en el abdomen superior, y después tiene una enfermedad con alteraciones en la base de un hemitórax, se debería hacer el diagnóstico de absceso subfrénico en este paciente hasta que esto sea descartado.

21

MODIFICACIONES MÉDICAS DE LAS LEYES DE PARKINSON:

- A. El personal de un hospital aumenta en progresión geométrica, sin relación con la demanda de trabajo.
- B. La actividad del hospital aumenta para llenar o sobrepasar la ocupación de las camas y hacer crecer los servicios de apoyo.

22

Si algo parece fácil, es difícil.

Si parece difícil, es casi imposible.

23

La naturaleza siempre está de parte de las fallas ocultas en el sistema.

24

Es relativamente fácil convertirse en un especialista competente, pero es mucho más difícil, y toma mucho más tiempo, convertirse en un buen médico.

25

El médico bien entrenado sabe *qué* hacer por sus pacientes.
El médico especialmente bien entrenado sabe *qué no* hacer.

26

Ya que las acciones farmacológicas de la metadona son cualitativamente idénticas a las de la morfina (es decir, heroína), Szasz ha dicho que mantener al paciente con metadona es análogo a “tratar con vino la adicción al whisky.”

27

AFORISMO DE COCHRANE:

Antes de ordenar un examen, decida qué hará si el resultado es: (1) positivo o (2) negativo.

Si las respuestas son las mismas no pida el examen.

28

Ud. no curará a muchos de sus pacientes;
Ud. no sabrá que tienen algunos;
pero Ud. siempre podrá ser amable con todos ellos.

29

El que alivia el dolor es bendecido, pero el que no causa ninguno es doblemente bendecido.

30

Nada parece existir hasta que es etiquetado. Una patología surge y se hace real cuando se le da un nombre.

31

No se ha encontrado todavía ninguna droga con una sola acción ni un cuerpo humano con una sola reacción.

32

Ud. no debería evitar que los pacientes se pongan bien por sí mismos.- SIR WILLIAM OSLER.

33

Los buenos oyentes no solamente son universalmente populares, sino que después de un tiempo ellos también saben algo.

PAUL H. BARNETT, NASHVILLE, TENNESSEE

34

Nunca suponga que la persona que está en la cama con su paciente hospitalizado es la esposa del paciente.

JOHN H. DIXON, NASHVILLE, TENNESSEE

35

Los médicos trabajan mejor cuando ellos sistemáticamente toman un tiempo para relajarse y renovarse a sí mismos.

36

La presencia de un “ritmo de galope” excluye el diagnóstico de taponamiento pericárdico.

37

La mayoría de los S_4 (cuarto ruido cardíaco) registrados en el gráfico son en realidad, desdoblamientos del primer ruido, y muchos son chasquidos de eyección.

38

En el caso de un infarto del miocardio no complicado, no es sabio enviar al paciente a casa antes de que los niveles de la creatinina fosfoquinasa (CPK) regresen a lo normal.

39

Cuando Ud. se encuentra que está diagnosticando un infarto posterior verdadero en el electrocardiograma (EKG) (con onda R inicial en V_1) en ausencia de ondas Q en II, III y AVF, dude de Ud.

RON ADDLESTONE; NASHVILLE; TENNESSEE

40

El estudio radiológico más difícil de pedir es aquel que Ud. no pide.

EUGEN M. REGEN, NASHVILLE, TENNESSEE

41

Ud. está en problemas si la lista de alergias del paciente es demasiado larga para que quepa en un solo brazalete de hospital.

BERTRAM SPROFKIN, NASHVILLE, TENNESSEE

42

Un paciente con una enfermedad crónica generalmente muestra alguna mejoría con un cambio de médico o medicina o ambos.

43

Cuando entre a la habitación de un paciente hospitalizado, así sea para una visita corta, siéntese.

44

Es aceptable dejar al paciente mientras Ud. esté hablando, pero NO mientras el o ella esté hablando.

45

Cuando un paciente, que no sufre de dolores de cabeza frecuentes, repentinamente experimenta un severo dolor de cabeza seguido de vómito casi de inmediato o en una hora, considere seriamente la posibilidad de hemorragia subaracnoidea debida a ruptura de un aneurisma.

46

Una mononeuropatía se debe generalmente a causas mecánicas.

Una polineuropatía es generalmente un signo de enfermedad sistémica.

ABRAHAM VERGHESE, EL PASO, TEXAS

47

La fiebre no es un estado de deficiencia de antibióticos.

48

No subestime el valor terapéutico de un examen físico completo, después del cual el paciente puede decir, “Doctor, yo nunca he sido examinado así en mi vida.”

Después de esto, es posible que el paciente, especialmente uno con fatiga crónica, acepte las recomendaciones del médico.

SOBRE CULTIVOS E INTERPRETACION DE CULTIVOS DE
DIFERENTES SITIOS:

49

Áreas contaminadas son siempre contaminadas, áreas estériles son siempre estériles.

El crecimiento de cualquier microorganismo en líquido cefalorraquídeo (LCR), fluido pleural, o fluido peritoneal es significativo.

Mientras el crecimiento de microorganismos en úlceras superficiales, esputo, o secreción nasal no es necesariamente significativo.

FRED GOLDNER, JR. NASHVILLE, TENNESSEE

50

Nosotros conocemos acerca del fenómeno de la “hipertensión a la bata blanca,” pero esto mismo ocurre si el médico o enfermera lleva una bata de otro color o no lleva bata.

51

La *fasciitis plantar* es como el embarazo: no importa lo que Ud. haga, en la mayoría de los casos remite espontáneamente en 9 meses.

JANG Y. HEN, BIRMINGHAM, ALABAMA

52

Ud. ve sólo lo que busca y reconoce solamente lo que Ud. conoce.

53

El diagnóstico se funda en la observación de pequeñeces.

54

Una persona juiciosa estudia la estadística no para adquirir conocimiento, sino para salvarse de la ignorancia.

55

Desconfíe de los hombres que lo llaman a Ud. “Doc.”.
Ellos rara vez pagan los honorarios.-ATRIBUIDO A SIR WILLIAM
OSLER.

LARRY KRAVITZ, AUSTIN, TEXAS

Los médicos bien formados balancean 8 responsabilidades por igual:

1. Sus propias necesidades
2. Las necesidades de sus pacientes
3. Las necesidades de su familia
4. Las necesidades del personal
5. Las necesidades del empleador
6. Las necesidades del corredor de seguros
7. Las necesidades de la comunidad
8. Las necesidades de sus colegas.

En casi todas las entrevistas con el paciente, varias de estas necesidades pueden cruzarse.

MENSAJES USADOS CON FRECUENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

- | | |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| (del paciente) | 1. Puedo estar en su consulta en 10 minutos. |
| (del paciente) | 2. Nos encontramos en la emergencia. |
| (del laboratorio) | 3. Le estoy enviando ese reporte por FAX ahora mismo. |
| (del médico/
enfermera al paciente) | 4. Los resultados del examen estarán aquí mañana. |
| (de la enfermera
al paciente) | 5. El doctor le devolverá la llamada inmediatamente. |

MENSAJES USADOS CON FRECUENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

- (de la enfermera al paciente) 6. Llamaremos a la farmacia para ordenar su prescripción ahora mismo.
- (del personal al paciente) 7. Nosotros le enviaremos su historia médica a su nuevo doctor.
- (del paciente al médico) 8. Le prometo que terminaré los antibióticos.
- (del paciente al médico) 9. Dejaré de fumar si Ud. me da algo para dormir.
- (del médico al paciente) 10. Tendré sus papeles del seguro listos al final del día.

MENSAJES USADOS CON FRECUENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

- (del médico al paciente) 11. Estoy seguro que esto se lo cubrirá su seguro.
- (del médico al paciente) 12. Estoy seguro que esto no va a cambiar las tarifas de su seguro.
- (de la dirección al médico) 13. Nosotros vamos a tener un año muy lucrativo con nuestros nuevos contratos de atención médica.
- (de la dirección al médico) 14. No podemos emplear a ningún nuevo miembro de personal por ahora, pero quizá para el próximo trimestre.

MENSAJES USADOS CON FRECUENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

- (del doctor al paciente) 15. Esta medicina rara vez causa efectos secundarios.
- (del médico al paciente) 16. Este tratamiento es beneficioso en un 80%.
- (del personal al paciente) 17. El doctor está un poquito atrasado, no va a tardar mucho.
- (del personal al paciente) 18. La enfermera le entregará su receta de inmediato
- (de la enfermera al paciente) 19. Le haré llegar su pregunta al doctor y él le devolverá la llamada

MENSAJES USADOS CON FRECUENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

- (del paciente al médico) 20. No necesito insulina; yo perderé 10 kilos en los próximos 6 meses.
- (del paciente al médico) 21. No necesito medicamentos para la presión, yo bajaré mi presión con ejercicio.
- (de la tienda naturista al paciente) 22. Ud. no necesita medicamentos, estas vitaminas le bajarán su presión sanguínea y curarán su diabetes (y no olvide que también cura la calvicie y hará que su novio le quiera más).

MENSAJES USADOS CON FRECUENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

- (del paciente al médico) 23. Yo no estoy bajo ningún estrés. Yo estoy seguro que médicamente hay algo mal en mi.
- (del paciente al médico) 24. No estoy sexualmente activo (bueno no tan activo como estaba hace un mes).
- (del Jefe de Dpto. al médico) 25. El aumento de la productividad no debe afectar la calidad de la atención.
- (del médico al paciente) 26. Esta medicina no es cara

MENSAJES USADOS CON FRECUENCIA EN LA ATENCIÓN MÉDICA.

(del farmacéutico
al médico)

27. Ud. no tendrá ningún problema en
cambiar a esta fórmula.

(del médico al paciente)

28. Ud. no tendrá ningún problema en
cambiar a esta fórmula.

(del paciente al médico)

29. No quiero mucho; solo quiero
sentirme bien.

(del paciente al médico)

30. No quiero mucho, solo algo que
me dé más energía.

(del consultante al médico)

31. Le enviaré un informe de todo lo
que haga con su paciente.

PISTAS QUE INDICAN QUE UN PACIENTE PUEDE TENER
INFLUENZA

El paciente siente que le pasó un camión por encima pero no tiene las marcas de las ruedas.

El paciente está muy enfermo para ver al médico.

El paciente se mataría, pero esta demasiado débil para agarrar un arma.

El paciente le pide un arma.

Al paciente no le importa qué o dónde le examine Ud.

Nada que Ud. le haga al paciente lo hace sentir peor que lo que ya se siente.

REGLA DEL SUEÑO PARA EL ESTRÉS:

Si Ud. quiere saber si el estrés de un paciente es lo suficientemente severo para explicar sus síntomas físicos, use la siguiente regla:

Si el paciente tiene una alteración del sueño, el paciente tiene estrés suficiente como para causarle síntomas físicos.

Corolario: la excepción a lo anterior es cuando los pacientes usan drogas o alcohol.

60

Si después de ver a un paciente, se siente como que Ud. necesita un *Valium*, prescriba el *Valium* al paciente o por lo menos considere recomendarle una consulta psiquiátrica.

61

Si un niño se golpea la cabeza tres veces en la sala de espera mientras espera al pediatra, considere hacer pruebas de hiperactividad y déficit de atención.

El incumplimiento del tratamiento es un síntoma médico y tiene un diagnóstico diferencial:

Falta de dinero

Carencia de confianza en el médico

Demencia

Sabotaje de la familia

Abuso de alcohol

Instrucciones malentendidas

Diferencias culturales

Inconveniencia del tratamiento (por ejemplo: dosis frecuentes)

Simulación de enfermedad para no cumplir con el deber

Efectos colaterales ocultos del tratamiento

STEPHEN J. BERGMAN (SAMUEL SHEM), NEWTON,
MASSACHUSETTS

63

No hay leyes en psiquiatría

64

Los psiquiatras se especializan en sus defectos

65

En una psiquiatría de emergencia, el primer procedimiento es chequear su *propio* estado mental.

66

El paciente no es el único con la enfermedad o sin ella.

67

En psiquiatría primero viene el tratamiento y luego el diagnóstico.

68

Los peores psiquiatras cobran lo máximo, y los expertos mundiales son los peores en *eso*.

69

La escuela de medicina es un obstáculo que es necesario salvar para convertirse en psicoterapeuta.

70

Sus colegas le herirán a Ud. más que sus pacientes.

71

Ud. puede aprender todo acerca de una persona por el modo en que ella practica un deporte.

72

Los pacientes no psiquiátricos toman su medicación en un 50% de las veces, mientras que los pacientes psiquiátricos muchas veces no toman nada de su medicación.

73

La terapia es parte de la vida y viceversa.

74

La curación en psicoterapia no tiene nada que ver con la psicología.

La conexión entre el médico y el paciente es lo que cura.

75

Dar atención psiquiátrica es conocer lo menos posible y comprender lo máximo posible acerca de la vida a través del sufrimiento de los otros.

FRANK A. RIDDICK, JR. NEW ORLEANS, LOUISIANA

76

Paradójicamente, un paciente con Enfermedad de Graves puede percibir que su piel se ha vuelto más áspera.

Una explicación posible es que las puntas de sus dedos están relativamente más afectadas por aumento de flujo sanguíneo y de sudación, que lo que está la piel de brazos o tronco.

77

El indicador diagnóstico más útil en la hipercalcemia asintomática es el tiempo durante el cual el paciente ha tenido elevado el nivel de calcio sérico.

El hiperparatiroidismo es la única enfermedad en la que la hipercalcemia dura más de un año sin que el paciente esté evidentemente enfermo con otra enfermedad.

HENRY S. JENNINGS, JR. GAINNESVILLE, GEORGIA

78

El diagnóstico de una alteración funcional debe hacerse no por excluir una enfermedad orgánica, sino por descubrir los elementos positivos que indiquen afectación en el área emocional.

79

Al manejar a un paciente con dolor tenga siempre en cuenta algo tan importante como es el tocar donde duele.

HENRY S. JENNINGS III, NASHVILLE, TENNESSEE

80

La elaboración cuidadosa y detallada de una historia médica producirá el diagnóstico apropiado en más del 50% de casos incluso antes de examinar al paciente.

81

Nunca olvide que la importancia estadística puede tener poco que ver con la relevancia clínica.

Si Ud. necesita conocer el valor de p para determinar la importancia de un hallazgo, es probable que éste no sea significativo.

82

Lea “Aequanimitas” de Osler (discurso de graduación, Universidad de Pennsylvania, 1 mayo de 1889).

83

Lea “A Way of Life” de Osler (discurso a los estudiantes de Yale, 1913).

G. GAYLE STEPHENS, BIRMINGHAM, ALABAMA

ACTITUDES Y PRESUNCIONES

84

Nunca contrate a un empleado o adopte una táctica en la consulta para no tener que hablar con los pacientes.

85

Todas las historias clínicas son inventadas así como descubiertas. Las historias de los casos no pueden ser “tomadas” sino que deben ser construidas por el médico y el paciente.

86

Comience cada entrevista presumiendo que el paciente intenta decir la verdad y quiere que le comprendan.

Esto puede no siempre ser verdad, como cuando el paciente busca drogas o simula enfermedad, pero es la mejor base para construir buenas relaciones médico-paciente.

87

Todos los cuestionarios y formatos que llenan los pacientes no tienen valor a menos que ellos sean leídos e interpretados por un médico y *luego* confirmados con el paciente.

EN LA CONSULTA, AL PRINCIPIO

88

Antes de ver a un paciente, limpie su mente de prejuicios que puedan haberse originado en comentarios de personas que no comparten su responsabilidad clínica por el paciente.

Este ejercicio se aplica especialmente en el cuidado episódico y en el cuidado de emergencia.

89

Al comienzo de cada consulta hay una oportunidad dorada cuando las prioridades del paciente y las palabras no meditadas, están llenas de posibilidades para descubrir la enfermedad.

En el momento en que Ud. hace una pregunta preeminente, se corta al paciente, y esas posibilidades disminuyen.

90

Piense que los primeros 5 minutos de una entrevista son como un embudo en el cual los pacientes pueden poner cualquier cosa que viene a la mente.

Más tarde ordénelo todo por importancia diagnóstica y terapéutica.

91

El contacto visual aumenta la importancia de la entrevista y aumenta la intimidad; su ausencia es insultante para el paciente.

La ausencia de contacto visual de parte de un paciente es un signo clínico a ser interpretado.

EN LA MITAD DE LA CONSULTA

92

Si Ud. sólo hace preguntas que pueden ser contestadas “sí” o “no” Ud. no descubrirá las razones más de fondo que motivaron la consulta.

93

Ud. puede traer a colación nuevamente cualquier tópico, evento o persona que hayan sido mencionados primero por el paciente.

94

Trate de no parecer sorprendido por nada de lo que le diga el paciente.

Ellos se sienten menos avergonzados si creen que Ud. ha oído antes tales historias.

CUANDO LA MUERTE ES EL TEMA

95

Siempre haga una pausa para expresar condolencias cuando un paciente menciona la muerte reciente de un familiar, amigo o colega.

Muertes mencionadas espontáneamente, aún las remotas, a menudo tienen un significado clínico.

96

Cuando Ud. descubre que un paciente está afligido por una muerte, encuentre tiempo para dejar que le cuente acerca de ello, al menos una vez.

97

Cuando el paciente que está sufriendo por la muerte de su cónyuge ocurrida hace más de 6 meses, descubra con tacto, dónde está viviendo y durmiendo el paciente y qué se hizo con las ropas del difunto. Tal información puede ayudar a identificar una pena excesiva.

98

Cuando un paciente acepta tener pensamientos suicidas, averigüe directamente sobre el *intento*, el *plan* o los *medios* para hacerlo.

99

Expresa su fuerte deseo personal de no querer que el paciente se haga daño y si es posible, logre que el paciente haga una promesa en este sentido.

JOHN JOHNSON, NASHVILLE, TENNESSEE

100

Nunca crea en una frecuencia respiratoria registrada de 20.

ROBERT MILLER, NASHVILLE, TENNESSEE

101

Si un embolismo pulmonar no lo hace estar consciente de sus limitaciones, Ud. está buscando un diagnóstico con demasiada meticulosidad o no está observando nada en absoluto.

MARK GOLDFARB, NASHVILLE, TENNESSEE

102

Hay una relación inversa entre el color “dorado” y el brillo de las pantuflas del paciente y su permanencia sobre la cinta sin fin (prueba de esfuerzo).

HARRY PAGE, NASHVILLE, TENNESSEE

103

Cuando Ud. esté de guardia, haga saber a la gente cómo encontrarlo.

DEBORAH D. SHERMAN, NASHVILLE, TENNESSEE

104

Cuando un paciente ha recibido un trauma contuso en un ojo, como un puñetazo o una lesión por deportes, se debería realizar un examen de fondo de ojo con la pupila dilatada para descartar un desprendimiento de retina.

Frecuentemente los síntomas solamente no confirman la presencia de un desprendimiento de retina periférico.

KENNETH L. BRIGHAM, NASHVILLE, TENNESSEE

105

Nunca subestime el valor de un buen placebo.

106

Si una prueba de laboratorio no concuerda con la clínica del paciente, generalmente es la prueba lo que está equivocado.

JOHN E. CHAPMAN, NASHVILLE, TENNESSEE

107

El lema de un comité de planificación contra desastres:

“Que no ocurra nunca un desastre no planificado”

PAVLOS C. GOUDAS, PATRAS, GRECIA

108

Sir Robert Hutchinson acostumbraba decir que “los fantasmas de los pacientes fallecidos no preguntan por qué los médicos no usamos la última novedad de la investigación clínica. Ellos preguntan: “¿Por qué no examinó mi orina?” o “¿Por qué no palpó mi recto?”

PIETRO CASTELNUOVO-TEDESCO, NASHVILLE TENNESSEE

109

La *Caput Medusae* (cabeza de medusa) se encuentra con más frecuencia en los textos que en la cirrosis hepática.

JOHN R. DENTON, JAMAICA, NEW YORK

110

Si Ud. no puede ser inteligente, sea organizado.

111 No miremos resultados y examinemos al paciente primero.

112 Los gérmenes pueden saltar.

MICHAEL ZANOLLI, NASHVILLE TENNESSEE

113 Prurito generalizado intratable sin cambios en la piel en una persona menor de 30 años, exige investigar un linfoma en desarrollo.

114 En dermatología el patólogo es su amigo, pero siempre, SIEMPRE correlacione la patología con los hallazgos clínicos.

Cuando hay duda, el clínico está en lo correcto.

115

Siempre deje que otra persona haga los procedimientos cosméticos a sus familiares.

Estos pacientes rara vez quedan completamente satisfechos.

STEPHEN VAUGHN, RANDOLPH, MASSACHUSETTS

116

Mientras esté en la escuela de medicina, encuentre un *buen mecánico* de quien aprender:

Observe cómo esta persona describe lo que está mal; vuélvase un experto en cómo se debe hacer esto.

Analice cómo esa persona investiga un problema. Esta persona puede enseñarle mucho acerca del arte del diagnóstico diferencial.

117

Investigue antecedentes sobre el consumo de drogas y alcohol en cualquiera con una quemadura o cicatriz en el dedo medio de la mano dominante.

Esa persona puede haber estado fumando mientras estaba intoxicada.

118

LA REGLA DE LOS CÍTRICOS EN OBSTETRICIA

Limón, limón francés, naranja y toronja para 4, 6, 8, y 10 cm de dilatación.

Su mano conoce el tamaño mejor que sus ojos.

GARTH OLDS, BISMARCK, NORTH DAKOTA

119

Las consultas quirúrgicas comienzan con NPO*

KEEHN BERRY, BIRMINGHAM, ALABAMA

120

Hasta que se pruebe lo contrario, no existe tal cosa como indigestión en alguien mayor de 40 años con más de un factor de riesgo coronario.

* Nota de traducción: se usa en las historias clínicas las siglas NPO que vienen del latín *nil per os*, nada por boca, o lo que es lo mismo dieta absoluta.

ROBERT H. ALFORD, NASHVILLE, TENNESSEE

121

Mirar la garganta roja de un niño y dictaminar “Es un virus” generalmente será lo correcto, a menos que haya pus amarillo en la garganta.

122

Si la purulencia amarilla se ve sobre el hisopo y se prescribe penicilina, un niño con dolor de garganta casi siempre estará mejor en unos dos días.

123

Rompa los bajalenguas de madera después de usarlos para evitar el reuso.

124

En un paciente con dientes cariados, no pase por alto otras causas de mal aliento médicamente importantes:

Sinusitis

Tonsilitis/Absceso peritonsilar

Insuficiencia renal

Abscesos pulmonares

125

Muy mal aliento puede ser el indicador de una enfermedad seria en un adulto edéntulo que no usa prótesis dentales.

CLYDE ALLEY, NASHVILLE, TENNESSEE

126

CUATRO SIGNOS DE PROBLEMAS EN PUERTAS

SÍNDROME DEL TRAPO MOJADO. Pacientes que tienen un trapo mojado cubriendo su frente y ojos cuando Ud. los ve por primera vez.

SÍNDROME DE LOS OJOS CERRADOS. Pacientes que se sientan y le hablan a Ud. sin abrir sus ojos.

SÍNDROME DE LA BATA Y PIJAMA. El anciano es traído a la consulta en bata, pijama y pantuflas. Ud. se da cuenta inmediatamente que los pacientes piensan que están mal y que Ud. se va a ver en dificultades.

SÍNDROME DE LA LARGA LISTA. Pacientes que traen dos o tres páginas de papel y enumeran al infinito sus quejas. Mire Ud. mismo la lista en lugar de que se la lean.

MARK C. HOUSTON, NASHVILLE, TENNESSEE

127

Disfrute con el paciente que dice “Doc, yo tengo rígido todo lo que se supone que no sea rígido, y todo lo que se supone que sea rígido no lo está”.

DANIEL J. MEADOR, CHARLOTTESVILLE, VIRGINIA

128

Explique con anticipación todo acerca de un procedimiento y conteste todas las preguntas que el paciente pueda tener acerca de dicho procedimiento.

BAYARD S. TYNES, BIRMINGHAM, ALABAMA

129

No existe nada como un dolor vago; solamente hay doctores vagos.

130

El médico recibe créditos por los errores; Dios recibe créditos por los éxitos.

J. KELLEY AVERY, NASHVILLE, TENNESSEE

131

Cuando prescriba una medicación para dos afecciones, por ejemplo, infección del tracto urinario e infección del tracto respiratorio, no diga:

“Vamos a matar dos pájaros de un tiro”.

Esta referencia *no* es apreciada por el paciente.

132

En los ancianos, la edad aumenta los riesgos asociados con el vivir independientemente. Los hijos adultos que se preocupan por esto, deben aprender a aceptar tales riesgos.

HOWARD J. BENNETT, WASHINGTON, D.C.

133

No cuente el número de sus sujetos de estudio hasta que ellos hayan sido agrupados.

134

Hay dos tipos de servicios en la sociedad americana:

- Los que requieren de una cita y
- Los que requieren esperar en fila.

Hay consultas de médicos donde Ud. tiene que hacer ambas cosas.

135

A un niño bien vigilado nunca le pasa nada.

136

Hay dos reglas que todos los estudiantes de medicina deben aprender:

Regla #1: El médico jefe siempre tiene la razón

Regla #2: No olvide la regla #1.

137

Hay tres estadios en el desarrollo de las niñas adolescentes:

la pubarquia,
la menarquia
y la anarquía.

138

No importa cuantas veces mire Ud. la historia médica, los resultados de laboratorio inesperados no se corregirán por sí solos.

W. SCOTT WEST, NASHVILLE, TENNESSEE

139

Cuando enfrente un dilema clínico, haga lo que Ud. quisiera que un médico hiciera por su madre si ella estuviera en la misma situación.

140

Si Ud. escucha, es probable que el paciente le diga qué es lo está mal.

JUDSON ROGERS, NASHVILLE, TENNESSEE

141

Casi siempre Ud. obtiene más información útil por usar una silla que por usar un estetoscopio.

JULIUS WROBLEWSKI, VANCOUVER, B.C., CANADA

142

Un médico no debe nunca olvidar que es un científico.

Cada diagnóstico y decisión terapéutica debería tener una base lógica que pueda ser claramente enunciada a sus colegas y a su paciente ... o en el tribunal.

143

Cuando evalúe una terapia basada en medicina alternativa, recuerde:

¡tenga la mente abierta, pero no tanto que su cerebro se le *salga*!

144

No se deje confundir por un diagnóstico no concluyente en una biopsia de un pequeño nódulo linfático. En una cadena de nódulos sospechosos agrandados, la patología real se encuentra con más probabilidad en los nódulos más grandes.

145

Familiarícese con las terapias no farmacológicas, no quirúrgicas, disponibles para muchas enfermedades y trate de usarlas primero.

146

Un hospital debe ser un instrumento afinado con precisión en el cual todas las partes trabajan con desenvoltura por el bien de los pacientes.

Los médicos “difíciles” que rompen esa armonía, son algo más que una piedra en el zapato, ellos son una amenaza.

KENNETH W. TAYLOR, SAN DIEGO

147

Si su único instrumento de diagnóstico es un martillo, entonces para Ud. cada paciente es un clavo.

Corolario: Si Ud. sólo puede ver eso, las probabilidades son de que Ud. sea el que salga *martillado*.

TONY FEENEY, DUBLIN, IRLANDA

148

Si Ud. está inseguro, nunca “cierre” una consulta.

Siempre pida a los pacientes que regresen o que llamen si no mejoran.

149

No tema llamar al final del día a aquellos pacientes que le preocupan; incluso si Ud. no les había prometido llamar. Esto será bien apreciado y no tomado como un signo de inseguridad.

150

Si un paciente está enojado, pregúntele por qué.

151

Ser un médico de familia apreciado siempre depende de decir “lo siento” cuando es necesario.

152

El buen médico de familia no tiene que ser un buen diagnosticador, pero debe ser un efectivo *manager* del paciente.

JOSEPH SPITZER, LONDRES, INGLATERRA

153

La medicina clínica no trata acerca de enfermedades; trata acerca de gente que tiene enfermedades.

154

Pida a los pacientes que presentan una larga lista de síntomas que escojan dos problemas principales y dejen los otros para una cita posterior.

Esto puede ayudarle a Ud. a ayudar a los pacientes.

155

Hay solo dos diagnósticos importantes en la clínica médica:

Este paciente está enfermo

Este paciente no está enfermo

La destreza clínica más importante es la habilidad para distinguir entre los dos.

ROBERT D. SHEDDEN, DOTHAN, ALABAMA

156

No haga reanimación cardiopulmonar en un paciente que esté parpadeando.

DAVID A. COWDEN, KINGSPORT, TENNESSEE

157

Las alucinaciones auditivas son generalmente de origen psicótico.

Las alucinaciones visuales son generalmente de origen químico (incluyendo los medicamentos prescritos).

Las alucinaciones olfatorias verdaderas no son frecuentes, pero cuando se presentan son generalmente orgánicas.

HOWARD B. PERER, FT. LAUDERDALE, FLORIDA

158

Cuando una mujer comienza a aplicarse lápiz de labios, su situación ha mejorado (no obstante sus protestas de lo contrario).

Corolario: Un poco de lápiz labial con frecuencia indica sólo un poco de mejoría. La aplicación completa de maquillaje generalmente significa que la paciente se siente realmente muy bien.

T.C. GOEL, LUCKNOW, INDIA

159

Una escara dejará al paciente cuando el paciente deje la cama.

160

Lo que sea que uno vea, uno debe leerlo,
y lo que sea que uno lea, uno debe verlo.

Este es el único modo de aprender medicina clínica.

161

El cuerpo humano es autocurante, autolimpiante y es un
fino instrumento con perfecta automatización interna.

Si no tiene defectos de fábrica y es mantenido
adecuadamente, no hay razón para no dar un servicio libre
de problemas por muchos años.

STEVEN J. PARRILLO, NORRISTOWN, PENNSILVANIA

162

Cuando ausculte los ruidos respiratorios en la cara anterior del tórax de una mujer, pida a la paciente tomar “respiraciones profundas”* en lugar de “respiraciones grandes”.

Esto evita malas interpretaciones de lo que Ud. dijo.

* Nota de traducción: en la pronunciación en inglés puede haber confusión con estas palabras, por eso la recomendación de decir *deep breaths* en lugar de *big breaths* para evitar que se entienda *big breasts*.

M. RAMESH, KARHABAKA, INDIA

163

Nunca ponga juntas las palabras “enfermedad” y “funcional”.

EARL F. BRACKER, CAMBRIDGE, MASSACHUSETTS

164

Las tres A para el éxito en la práctica médica están en el siguiente orden:

1. Accesibilidad
2. Afabilidad
3. Aptitud.

165

Para ser un médico exitoso, ayuda tener el pelo gris y hemorroides.

Lo primero da un aire de madurez; lo último un aire de preocupación.

BERNHARD E. DRIEDGER, CRANBROOK, B.C., CANADA

166

El paciente con dolor lumbar crónico que se presenta en la consulta en ropa deportiva tiene un problema reparable. Sin embargo, el paciente siente que no se va a recuperar en el futuro cercano, o que no se recuperará nunca.

167

La probabilidad de que un mielograma muestre una lesión que requiere cirugía es inversamente proporcional a la morbilidad que atribuye el paciente como resultado de la exploración.

Dicho de otra forma, el paciente que se queja de dolor o cefalea como consecuencia del mielograma probablemente no necesita una operación de columna.

168

La probabilidad de que un paciente responda favorablemente a la cirugía de columna decrece exponencialmente con cada operación adicional.

Poca gente se beneficia de una segunda operación de columna, y casi nadie de una tercera operación.

H. CLAY NEWSOME, NASHVILLE, TENNESSEE

169

Cuando se trata de una primera gestación, nunca le diga a la mujer o a su familia que el bebe podría llegar “en cualquier momento”.

Esto hace las últimas 48 horas de espera intolerables.

170

Siempre coma algo antes de comenzar un procedimiento quirúrgico.

Ud. nunca sabe cuando puede tener una complicación y necesitar energía adicional.

171

Nunca tome decisiones a largo plazo respecto a su matrimonio, sus guardias, o su empleo durante la semana antes o durante cualquier fin de semana de guardia.

MURRAY L. WALDMAN, TORONTO, ONT., CANADA

172

Nunca viene nada bueno después de la pregunta, “¿Recuerda ese paciente que Ud. envió a la casa ayer?”.

173

Sólo porque Ud. está loco no significa que Ud. no puede estar enfermo.

174

Sólo porque Ud. está enfermo no significa que Ud. no puede estar loco.

175

El niño con una lesión extraña, que está muy callado y se porta muy bien, puede ser un niño maltratado.

BENJAMIN F. BYRD III, NASHVILLE, TENNESSEE

176

Siempre que una conversación con un paciente se vuelve insosteniblemente frustrante, pregúntele: ¿Qué puedo hacer por Ud.?

No pierda su aplomo nunca; vuelva a enfocar su atención sobre el tópico vital y los problemas generalmente se resolverán solos.

Con frecuencia la respuesta del paciente será, “Nada, yo sólo quería quejarme por un rato”.

W.D STRIBLING, GAINESVILLE, GEORGIA

177

Los protocolos médicos pueden ofuscar el cerebro, deberían ser usados sólo en algunas situaciones y siempre pueden pasarse por alto.

178

Se ha dicho que las mentes son como los paracaídas. Ellas funcionan solamente cuando están abiertas.

Los médicos deberían acercarse a sus pacientes sin nociones preconcebidas.

179

La administración de la atención médica obliga al médico a ser un partidario de su paciente, aun cuando esto provoque la ira de la burocracia.

180

Recuerde siempre, “mientras menor sea la indicación, mayor será la complicación.”

181

Muchos médicos jóvenes creen que las pruebas médicas los protegen de cometer errores.

Demasiadas pruebas a menudo crean más problemas que los que resuelven.

PAUL W. GREEN, EAU CLAIRE, WISCONSIN

182

Cuando examine a un niño pequeño, diríjase al niño y al adulto. Hable suavemente. Haga que el niño se siente en el regazo del adulto. Toque suavemente la mano del adulto con su estetoscopio y luego la mano del niño. Deje que el niño toque el estetoscopio por un momento. Luego, caliente el estetoscopio por fricción con la mano y colóquelo suavemente sobre el cuerpo para examinarlo.

Use una táctica similar para examinar los oídos. Ilumine la mano del niño con la luz del otoscopio, permitiéndole tocarlo. Mire brevemente el oído del adulto; luego lentamente acérquese al oído del niño para examinarlo.

Finalmente, examine la garganta.

YOSHITAKA KITAO, KYOTO, JAPÓN

183

La palpación es la droga más eficaz para el dolor.

MARK P. SNYDER, DURHAM, NORTH CAROLINA

184

Cualquier adolescente que fume, probablemente es sexualmente activo también.

DAVID R. GRUBE, PHILOMATH, OREGÓN

185

La empatía es la única panacea en la medicina.

186

Hay solamente dos razones para que un hombre casado vaya al médico voluntariamente:

una es su esposa;
y la otra es su esposa.

JOHN A. STRUPP, NASHVILLE, TENNESSEE

187

Enfermedades que amenazan la vida tales como el cáncer sacan o lo mejor o lo peor de las familias.

188

Un *bulto* en el seno es cáncer hasta que se demuestre lo contrario.

KAY HARAGUCHI, TUBA CITY, ARIZONA

189

No interesa que tan sabio pueda ser su consejo, si Ud. no puede hacerlo culturalmente relevante no será seguido.

MARTHA RADFORD, NEW HAVEN, CONNECTICUT

190

Cuando una información diagnóstica es inconsistente, deseche primero los datos de “alta tecnología”.

STAN SANDERS, NASHVILLE, TENNESSEE

191

Si Ud. y su paciente carecen de empatía, envíelo a otro colega.

192

Si Ud. tiene un problema que no puede resolver, haga una consulta.

193

Mientras más médicos, enfermeras y personal auxiliar estén involucrados en el cuidado del paciente, más vacilante y menos eficiente será la atención.

Los pacientes se recuperan más rápido cuando hay un mínimo de doctores, enfermeras y miembros de la familia involucrados en su cuidado.

194

Cuando trate a un paciente recuerde que Ud. es el empleado del paciente. Ud. no trabaja para el médico que lo refiere, el hospital o la compañía de seguros.

195

En muchos pacientes (algunos médicos dirían que en la mayoría), Ud. está tratando esencialmente emociones.

ALLAN B. KAISER, NASHVILLE, TENNESSEE

En la revista Ud. encuentra a un médico joven asignado a la atención de su paciente. ¿Cómo hace Ud. para saber si es un interno o un residente?

Pregúntele cuál es la edad del paciente: los residentes conocen la edad, y los internos conocen la década.

La tecnología no puede decirnos cuán enfermo está un paciente, ni nos dice a tiempo, si un paciente enfermo esta sobrehidratado o deshidratado o si está bien.

En consecuencia, las metas primarias de los médicos tratantes son:

- (1) enseñar a reconocer la enfermedad y
- (2) enseñar a determinar rápidamente si el paciente necesita Lasix, solución salina normal, o mantener una vía endovenosa abierta.

VIRGINIA D. ABERNETHY, NASHVILLE, TENNESSEE

198

Si su paciente es de una cultura diferente a la suya y su problema puede ser de naturaleza psicológica, es de particular importancia preguntarle:

“¿Qué cree Ud. que está ocurriendo?”.

E. DAVID HAIGLER, JR., BIRMINGHAM, ALABAMA

199

“Si Ud. no quiere conocer la respuesta, no haga la pregunta”; o dicho de otro modo,

“Si Ud. no quiere conocer los resultados de una prueba, mejor no la pida”

200

Antes de que su carrera termine, probablemente Ud. será demandado al menos una vez.

Trate de asegurarse de que Ud. será demandado por hacer lo correcto más que por hacer lo incorrecto.

201

No es difícil diagnosticar la enfermedad en su estado avanzado.

Se requiere de mucha habilidad para diagnosticarla en su fase precoz.- ATRIBUÍDO A R.H. KAMPMEIER POR LAWRENCE WOLFE, NASHVILLE, TENNESSEE.

HOWARD FISCHER, DETROIT, MICHIGAN

202

Nunca deje un diagnóstico en la contestadora de un paciente.

203

Cuando Ud. se retire de la práctica clínica, hágalo completamente.

Los pacientes son mal servidos por tener un doctor *semiretirado*.

204

Nunca consulte un libro de texto que sea más viejo que el más joven de los estudiantes de medicina en su servicio.

JOHN H. GRISCOM, NASHVILLE, TENNESSEE

205

Con frecuencia el tratamiento es tan malo o peor que la enfermedad o los síntomas por los que se prescribió el tratamiento.

La razón riesgo-beneficio es una matemática que vale la pena recordar.

206

El incumplimiento del tratamiento puede deberse al costo de la medicación más que a rechazar o no recordar tomarla.

La droga prescrita debe ajustarse no sólo a la enfermedad sino también al bolsillo.

207

No sea crítico del pasado de un paciente a fin que Ud. pueda ayudarlo a dirigir efectivamente su futuro.

208

Es más fácil prescribir una medicina que tomarla.

Hay pacientes que quieren todos los medicamentos y otros que no quieren ninguno; Ud. debe proteger a ambos grupos.

209

El diez por ciento de sus pacientes le darán el 90% de sus problemas y representarán el 1% de sus ingresos.

ATRIBUIDO A LARRY GROSSMAN POR JOHN H. GRISCOM

STAN SNYDER, NASHVILLE, TENNESSEE

210

Nunca crea a un paciente con un grabador o con un collarín.

211

Si hay tiempo suficiente para hacerlo de nuevo, hay tiempo suficiente para hacerlo correctamente la primera vez.

DAVID BARTON, NASHVILLE, TENNESSEE

212

He oído que cuando un psiquiatra se queda sin tener que decir, comienza a decir cosas que su madre le dijo cuando era niño.

213

Cada médico debería ser un estudioso de la historia de la medicina.

Ella nos enseña que la medicina está en constante evolución y que nosotros tenemos mucho por aprender aun.

214

La cosa más fácil de controlar en la práctica de la medicina es la dosificación de medicamentos.

215

Un cirujano no debería ser tan compasivo que llore en la incisión.

ALEXANDER C. MCLEOD, NASHVILLE, TENNESSEE

216

Repita temas cruciales a un paciente TRES veces en una misma sesión.

217

Las tres palabras más importantes que el médico debe saber son: **“Yo no sé”**.

218

La mejor cosa de la medicina es que hay siempre algo nuevo que aprender: mientras más pronto entre el médico a un programa exigente de educación continuada, en mejor médico se convertirá.

219

Como médicos nosotros estamos entrenados a pensar negativamente- nosotros buscamos la enfermedad.

Necesitamos aprender a pensar positivamente en nuestro abordaje a los pacientes.

Una forma simple es decirles primero lo que está bien en ellos, y sólo después lo que está mal.

Finalmente, enfatizar lo positivo una vez más.

EDWARD C. MCDONALD, NASHVILLE, TENNESSEE

220

El tiempo con frecuencia es un diagnosticador mejor que el mejor anatomopatólogo.

221

Nunca diagnostique como maligna una lesión papilar de la mama en un corte por congelación.

MARY ALICE HARRISON, NASHVILLE, TENNESSEE

222

Nunca conteste una llamada que Ud. sabe que no es para Ud.

223

Sea precavido con pacientes quienes le dicen que ellos realmente quieren a una mujer médico.

Generalmente, esto expectativas no realistas de la relación médico-paciente.

224

Siempre anticipe las malas noticias por decir, “Tengo algunas malas noticias”.

Esto ayuda a la persona a prepararse para oírlas.

Si Ud. tiene que dar malas noticias por teléfono, pregunte antes:

“¿Hay alguien más con Ud.?”.

225

Si alguien esta furioso con Ud. y pregunta su nombre, una respuesta asertiva es: “Déjeme deletrearle mi nombre así estará seguro de tenerlo correctamente”.

226

Si alguien le dice que Ud. parece demasiado joven para ser un doctor, diga:

“Gracias, soy lo suficientemente mayor para considerar eso un cumplido”.

227

Los pacientes que le dicen que van a morir pronto generalmente están en lo correcto.

228

La depresión pospartum es virtualmente inexistente después del primer embarazo (planificado), pero común después del segundo.

229

Siempre revise con sus pacientes la actividad sexual y otras preocupaciones relacionadas.

Ellos le estarán eternamente agradecidos.

230

Los pacientes nunca admitirán que comen hasta atracarse a menos que se les pregunte directamente.

231

A toda mujer posmenopáusica con terapia de reemplazo estrogénico, se le debería controlar su nivel de estrógenos para asegurar una dosis adecuada y evitar sobredosis.

El estudio que relaciona riesgo de cáncer de mama con nivel de estrógenos nunca ha sido hecho.

232

Nunca dé resultados de pruebas para HIV* por teléfono o correo.

Esta regla se aplica para cualquier otra prueba que indique resultados delicados como éste.

233

Tenga presente la combinación de *diabetes mellitus* y enfermedad mental.

* Nota de traducción: HIV son las siglas en inglés del virus de la inmunodeficiencia humana, en español VIH.

JOHN M. WEIGAND, WESTERVILLE, OHIO

234

Haga que sus pacientes ancianos traigan en cada consulta, todos sus frascos de medicamentos, incluyendo preparaciones de hierbas y medicamentos vendidos sin prescripción (*la estrategia* de la bolsa de papel).

235

En todos los casos de iniciar medicamentos o ajustar dosis en los ancianos, recuerde, “comenzar bajo y continuar lento”.

236

Tenga cuidado con las preparaciones de hierbas medicinales con: *gingko*, *ginseng*, *jengibre* y *ajo**.

Estas preparaciones interactúan desfavorablemente con anticoagulantes como *Coumadin* por aumentar su efecto anticoagulante.

JAMES PITTMAN, BIRMINGHAM, ALABAMA

237

Un paciente con hipertiroidismo nunca tiene las manos frías en una habitación con una temperatura ambiente normal (alrededor de 22 °C).

* Nota de traducción: en el original se refiere a las plantas que empiezan con la letra G: *gingko*, *ginseng*, *ginger* y *garlic*.

D. FRIED, HOLON, ISRAEL

238

Los tres componentes de la buena medicina clínica son:

1/3 de conocimiento

1/3 de experiencia

1/3 de sentido común

Si quisiera sugerir una regla para la siguiente edición, por favor desprenda o fotocopie esta página tantas veces como necesite y envíela a:

Clifton K. Meador, M.D.
c/o Hanley & Belfus, Inc.
210 South 13th Street
Philadelphia, PA 19107 USA

Regla:

.....
.....

Nombre y dirección:

.....
.....