

A Little Book of Doctors' Rules III, for Oslerian Clinicians

Nueva edición revisada 2018

Clifton K. Meador M-D.
Profesor de Medicina Emérito
Escuela de Medicina, Universidad de Vanderbilt

Estas reglas son extraídas de una extensa lectura y de más de 60 años de enseñar y practicar medicina interna. Estas reglas están dirigidas a aquellos que entran a medicina y a aquellos en la práctica que ven pacientes en atención primaria o medicina de familia. El libro está dedicado a Sir William Osler quien aconsejó a los médicos a “tratar el paciente con la enfermedad” no solo la enfermedad.

Gran número de pacientes de primer contacto no tiene una enfermedad definible sino que ellos tienen signos físicos ocultos. Descubrir la causa de esos síntomas de origen desconocido requiere de escuchar y de observar cuidadosamente. Estas 375 reglas ofrecen guías y sugerencias para descubrir la naturaleza de esos síntomas. Enfatizan la necesidad de unas relaciones comprensivas, de colaboración y aceptación entre médico y paciente. Escuchar la “narrativa de la vida” del paciente con frecuencia lleva a entender el origen de los síntomas del paciente. Muchas enfermedades y causas de síntomas no pueden ser “vistas” sino deben ser oídas de la versión o cuento del paciente y de su historia de vida.

No hay una enfermedad médica detrás de cada síntoma físico, sino una causa definible que se descubre si uno observa y escucha esmeradamente al paciente.

Meador, C.K. *Symptoms of Unknown Origin. A Medical Odyssey*, Vanderbilt University Press, 2005.

Meador, C.K. *Puzzling Symptoms: how to solve the puzzle of your symptoms*, Cable Publishing, Brule, WI. 2008.

Meador, C.K. *True Medical Detective Stories*, CreateSpace, North Charleston, SC. 2012.

Meador, C.K. *Fascinomas-fascinating medical mysteries*, CreateSpace, North Charleston, SC. 2013.

Traducción:

Ximena Páez
Profesora Titular
Facultad de Medicina
Diciembre 1/2018.

A LITTLE BOOK OF DOCTORS' RULES III

... For Oslerian Clinicians

Prefacio a la nueva edición revisada 2018

Han pasado 26 años desde la primera edición publicada en 1992. El libro ahora está agotado. Mis colegas me han urgido a publicar una edición revisada.

Ha habido muchos cambios importantes en la ciencia y en la práctica de la medicina. Al hacer estas revisiones he tratado de preservar esas reglas que son el fundamento de la medicina como una profesión para sanar. He adoptado a Sir William Osler como nuestro guía, dando el nombre a esta edición por él, enfocando sobre su advertencia “trate el paciente con la enfermedad” más que tratar solamente la enfermedad.

Como ustedes verán, la mayoría de estas reglas quedan dirigidas a estudiantes de medicina, residentes y médicos en atención primaria: internistas generales, médicos de familia y pediatras.

En la atención primaria, muchos pacientes en el primer contacto médico no tienen una enfermedad médica definible. Diría que son cerca de la mitad. Pero casi todos tienen síntomas físicos. Aunque no hay una enfermedad médica detrás de cada síntoma HAY una causa definible si uno escucha y observa al paciente cuidadosamente, incorporando al paciente en la investigación. Toma todo el tiempo y la atención identificar la causa oculta de los síntomas, algunas veces en un período de varias consultas. Las causas de estos síntomas oscuros varían grandemente: relaciones estresantes en el hogar o en el trabajo; exposición a sustancias tóxicas (inhaladas, ingeridas o por contacto en la piel); o enfermedades y lesiones autoinfligidas (enfermedades facticias, las producidas deliberadamente por el paciente). Estas causas, cualesquiera puedan ser, están a menudo enterradas en la mente inconsciente, fuera del entendimiento del paciente.

El grupo más grande de pacientes con síntomas pero no enfermedad, son esos pacientes que han adaptado la enfermedad como un modo de vida, que puede haberse etiquetado como histeria o alteración somática o incluso psicosis.

Todos los pacientes necesitan que se establezca confianza y una buena relación, lo que demanda del médico atención total y habilidad para escuchar. Cualquier cosa que distraiga la atención o reduzca el tiempo de contacto directo con el paciente evitará el descubrimiento de esas causas escondidas.

Al revisar los cambios en la medicina desde 1992, estoy golpeado con la cantidad de cambios que se mueven en la dirección negativa de separar al médico del paciente.

La aparición del Registro Médico Electrónico (EMR) lidera la lista, al exigir todo el tiempo y atención para tipear el documento. En las consultas con mis médicos personales, me ha impresionado cuan poca atención directa recibo. El contacto cara a cara parece estar desapareciendo. En el tiempo de espera cuando voy a mis consultas, la queja más frecuente que oigo de otros pacientes es “mi médico ya no me escucha más”. Tristemente, no tengo soluciones a los problemas de EMR.

La reorganización de la medicina de prácticas individuales o de pequeños grupos a modelos corporativos u hospitales que son propietarios ha traído cambios que reducen el tiempo de contacto para escuchar y establecer confianza y relación. Los requerimientos a los médicos empleados por alto volumen de consultas, aun cuotas diarias, virtualmente elimina el tiempo de explorar causas más profundas de los síntomas.

Y luego hay tsunamis de las nuevas tecnologías diagnósticas: tomografía computada, resonancia magnética nuclear, arteriogramas, ecocardiogramas, visualizaciones de ultrasonido, electrocardiogramas y más y más. Todas estas son visualizaciones, imágenes de órganos y vasos. Si estas imágenes fallan en revelar una anomalía entonces se considera con frecuencia que el paciente está bien o libre de enfermedad. ¿Son estas herramientas diagnósticas muy poderosas y útiles que nos llevan a decir, “Si no podemos verlo entonces no hay enfermedad o causa”? HAY enfermedades que son audibles y que deben ser oídas para ser encontradas. De nuevo, estas herramientas visuales nos pueden alejar de escuchar y observar al paciente.

Hay un aún más insidioso efecto de dependencia prematura en esos exámenes de imágenes. En muchos casos esas visualizaciones son ordenadas como pruebas de despistajes en la población general. Siempre que se ordena un examen en la población con baja prevalencia de enfermedad, entonces la mayoría de los exámenes positivos serán falsos positivos, Una baja prevalencia de enfermedad es el factor más determinante para generar falsos positivos. Una vez que los resultados positivos del test son reportados, el médico debe entonces hacer exámenes adicionales para definir la enfermedad, suben costos (y ganancias); o peor, el médico involuntariamente acepta el falso positivo como real y asigna un diagnóstico no existente al paciente. Ambos casos crean exigencias y gastos innecesarios por consultas médicas. Una vez que un diagnóstico es dado es casi imposible quitarlo, aun si es incorrecto (1,2). El modelo corporativo, como una empresa movida por dinero, incentiva el uso excesivo de exámenes costosos.

Todos estos factores- las distracciones en la entrada de EMR; el cambio a prácticas corporativas con médicos empleados y volumen de demandas; o el problema de falsos positivos de carencia de atención a la prevalencia de enfermedad- todo mueve a los médicos de la profesión de sanar a la medicina como una mercancía.

Hay una característica distractora más en los cambios en la práctica en los pasados 26 años. La profesión está ahora más y más dividida y separada en más y más subespecialidades. Cada especialidad ahora ve a sus propios pacientes, independiente de cualquier generalista. Los pacientes se mueven de una especialidad a otra, ninguna de las cuales toma al paciente como un todo. Sin dejar a nadie, en las palabras de Osler, “tratar el paciente con la enfermedad” no solo la enfermedad.

Hay también más divisiones de la atención, el médico de emergencia, el médico de hospital, y el médico general que ya no ve más pacientes en el hospital. El paciente debe flotar por su cuenta. Después de las 5 PM la única opción que tiene para su atención es la sala de emergencia. Estos pacientes con síntomas de origen desconocido están perdidos en el fragmentado sistema médico de mercancías, con frecuencia falsamente etiquetados con enfermedades no existentes.

Hay un cambio prometedor que comienza a aparecer en la práctica, el *conciERGE general internist* que se dedica al cuidado completo de un grupo de pacientes enrolados. MDVIP.com es un movimiento nacional de bienvenida por estos médicos que ofrecen dar atención completa al paciente, no solo a la enfermedad.

Estas reglas no pueden revertir todos los cambios adversos en la práctica médica. Solo puedo esperar que incentivarán más a retornar a la práctica general de medicina o pediatría. También espero que ilustrarán la necesidad de la medicina de ser una profesión de sanar y la necesidad de los sanadores de escuchar cuidadosamente y observar directamente a sus pacientes.

Clifton K. Meador, M.D.
July, 2018- Bayside Maine

1. Symptoms of Unknown Origin: A Medical Odyssey, Clifton K. Meador, M.D., Vanderbilt University Press, 2005.
2. Meador, C.K. and Lanius, R.H. The Cryptic error of Nondisease: The Hidden Power of Prevalence of Disease. Journal of the Medical Association of Georgia 1995; 316-319.

Traducción:

Ximena Páez
Profesora Titular
Facultad de Medicina
Diciembre 1/2018.