

clifton k. meador, m.d.

sobre medicina,
médicos y
pacientes

vol. I

- el buen clínico sabe lo que NO sabe.
- los medicamentos deberían hacer que los pacientes se sientan mejor, no peor.
- ser médico es un alto privilegio, no abuse de ello.
- la mayoría de la gente es saludable y vivirá una larga vida.

SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES

Volumen I

SOBRE MEDICINA, MÉDICOS Y PACIENTES

Volumen I

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*” de Clifton K. Meador M.D., publicada por Hanley & Belfus Inc. Philadelphia, 1992.

ISBN del original: 1-56053-061-8

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, Vol. I: 980-11-0536-4

Depósito Legal: If 23720016101847

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

Depósito Legal: If 2372001610813

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

Impreso en 2001 por Editorial Venezolana, Mérida - Venezuela.

NOTA PRELIMINAR

La primera vez que leí estas reglas del Dr. Clifton K. Meador sobre la práctica médica, encontré con agradable sorpresa que muchas cosas que yo había pensado u observado en algún momento estaban allí descritas. Estas normas encierran realidades, algunas de las cuales he podido constatar no sólo durante mi experiencia en la práctica médica, sino también como paciente.

Algunos años después volví a leerlas y fue para mí más claro lo sencillo que sería lograr cambios importantes en el servicio al paciente si muchas de estas normas fueran conocidas y practicadas. Pienso que si se siguieran con mayor frecuencia, se lograría mejorar en mucho la atención

médica en todo sentido: mejor trato al paciente, mejores diagnósticos, mejores tratamientos y menos probabilidades de cometer errores.

Considero que debería ser una obligación primordial el que las nociones generales sobre la *buena* práctica médica y por ende sobre la ética médica, sean explícitamente enseñadas y exigidas tanto en las escuelas de medicina, como durante el ejercicio público o privado. De esta forma, se evitaría el dejar la atención del paciente al único arbitrio de los que tienen el privilegio de asistir pacientes. Así, surge la idea de traducir estas “reglas” en un intento por sembrar la inquietud sobre los simples pero no menos importantes fundamentos que determinan el éxito de la práctica y que no se enseñan formalmente dentro de los pensa regulares.

Al hacer la versión en español de este compendio de reglas, traducido también al japonés, italiano, polaco e indonesio, he tratado en lo posible de respetar el espíritu y la intención del original en inglés. Y en los pocos casos en que no compartí el sentido de alguna norma, intenté adaptarla a nuestro entorno cultural de modo que fuera comprensible para nosotros. Tengo confianza pues en que los lectores disfrutarán con estas enseñanzas, pero sobre todo en que les serán de utilidad al aplicarlas oportunamente en beneficio de los pacientes.

Agradezco al Consejo de Desarrollo Científico, Humanístico y Tecnológico de la Universidad de los Andes por hacer posible esta edición y así contribuir a la difusión de estas ideas sobre la *buena* práctica de la medicina.

Ximena Páez

PREFACIO

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 disfrutaban 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.

AGRADECIMIENTOS

En los primeros borradores, consideré dar créditos separados para cada una de las reglas. Descarté esto por varias razones. Primero, una buena regla debería mantenerse por sí misma y no por apoyarse sobre alguna autoridad. Si es una regla válida, no importa quién la estableció. Segundo, aunque pensé que algunas de las reglas eran mías, no podría estar seguro. Después de un tiempo es difícil separar los propios pensamientos de la acumulación de los pensamientos de los otros. A lo largo de los años he leído extensamente y por lo tanto tendría que enumerar demasiadas fuentes si intentara dar crédito por todas las reglas que he sacado de la literatura.

La razón final por la que no estoy dando créditos

separados para cada regla es que no recuerdo el origen de todas ellas. Sin embargo, trataré de dar crédito donde yo recuerde una contribución especialmente formativa.

De mis lecturas, comienzo por mencionar a Hipócrates luego a Galeno y continuo con Descartes, Bacon, Sydenham, Laennec, los Hunters, Bernard, Cushing y así hasta Sir William Osler, cuyos escritos y aforismos sin duda me estimularon a actualizar muchas de sus ideas y principios guías. Lewis Thomas y John Stone cubren muchas de las reglas en sus obras. La obra *History of Medicine* de Garrison fue una nutrida fuente para muchas de las reglas. Y por último está la siempre rica literatura médica.

Mis profesores y tutores influyeron directamente en la creación de las reglas de muchas maneras. Todos fueron excelentes médicos. Tinsley Harrison me enseñó el valor de

escuchar, diseccionar los detalles de los síntomas y en particular el valor de hacer que el paciente lleve un diario.

Rudolph Kampmeir me enseñó a reunir sistemáticamente la información clínica y me enseñó la primacía de la historia por sobre todas las otras fuentes de datos clínicos. John Shapiro me mostró cómo correlacionar los síntomas con los hallazgos patológicos. Elliot Newman me impulsó a dudar y cuestionar. Robert F. Loeb, mi jefe durante mi entrenamiento, generó la mayoría de las reglas de terapia y las relacionadas con la prudencia y el uso cuidadoso de los medicamentos. Grant Liddle, mi tutor en endocrinología, me instiló la importancia de los datos cuantificables y la necesidad de la observación directa. David Rogers, mi jefe en la residencia me enseñó cómo hacer observaciones y exámenes cuidadosos.

Más tarde, Joseph Sapira me enseñó cómo escuchar y

ayudar al paciente para que cuente su historia. Bertram Sproffkin me enseñó a hacer observaciones neurológicas precisas y los problemas ocasionados por el mal uso de nuestro idioma. James Pittman me enseñó a apreciar la literatura, la médica y cualquier otra. John Freyman me enseñó el valor de la perspectiva histórica. Posteriormente, Stonewall Stickney me enseñó el respeto por los esfuerzos de la psiquiatría moderna.

Muchos amigos y colegas leyeron las primeras versiones de las reglas y me dieron sugerencias útiles. Muchos compartieron algunas de sus propias reglas conmigo, las cuales ahora se las paso a Uds. Estos incluyen a Paul Michel MD, Mark Averbuch MD, Phillip Felts MD, John Newman MD, Mary Schaffner MD, Kelly Averty MD, William Stoney MD, Barton Campell MD, Harry Page MD, Al Roach D. Pharm, John Dixon MD, Mary Ann Clark,

Allen Kaiser MD, John Sargent MD, Clarence Thomas MD, Mitzi Sprouse RN, Curtis G . Tribble MD, Seth Cooper MD, E.E. Anderson MD, Richard M. Zaner PhD, Hna. Almeda Golson DC, Hna. Elise Beaudreaux DC, y Hna. Colette Hanlon SC. Doy gracias especiales a Rosalie Hammerschmidt Lanius RN, quien trabajó en la práctica conmigo y participó en la creación de muchas de las reglas.

Otro grupo de personas a quienes también debo un agradecimiento especial son los numerosos estudiantes, residentes y especialistas que he tenido el privilegio de enseñar y de aprender de ellos a lo largo de los años. Muchos han añadido inadvertidamente sus propias reglas a través de sus pensamientos y acciones. En el curso de treinta años he tenido la oportunidad de observar cada imaginable

interacción útil o inútil entre médico y paciente. Muchas de las reglas derivan de esas observaciones.

He tenido la suerte además, de pasar tiempo con muchos médicos practicantes a lo largo y ancho de una amplia área geográfica durante muchos años. Mi primera oportunidad la tuve siendo Decano de la Escuela de Medicina de la Universidad de Alabama en Birmingham. Viajé de un lado a otro del estado por un período de cinco años. Mi segunda oportunidad fue durante el año sabático en la Escuela de Medicina de la Universidad del Sur de Alabama cuando visité semanalmente más de 20 comunidades, reuniéndome con médicos y dirigiendo programas de educación médica en la mayor parte del estado de Alabama. En estos encuentros conocí y examiné a un gran número de pacientes y observé en detalle las prácticas de muchos médicos. Muchas de las buenas normas que he

registrado vienen de la experiencia y sabiduría de esos médicos. Son muchos para enumerarlos y hace mucho he olvidado quién contribuyó con tal o cual pensamiento. Aprecio profundamente la oportunidad de haber conocido y trabajado con todos esos hombres y mujeres que me enseñaron tanto.

Y finalmente están los pacientes, centro y propósito de todo nuestro aprendizaje. Son demasiados para nombrarlos, aun si me fuera permitido hacerlo. Agradezco de modo muy especial a todos los pacientes que me han permitido participar en su cuidado.

CKM

**NO HAY REGLA SIN EXCEPCIÓN.
LA MAYORÍA DE LAS REGLAS PUEDEN
ROMPERSE.**

1

Siéntese cuando hable con los pacientes.

2

Siempre examine la parte que duele. Ponga sus manos sobre ella.

3

Toque al paciente, aunque sólo sea que Ud. le dé la mano o le tome el pulso. Haga esto, especialmente, con los ancianos.

Pero no con los paranoides.

4

Con frecuencia Ud. tiene que descartar algunos resultados o hallazgos. Escoja sabiamente qué desechar.

5

No existe un examen de sangre o de orina que diferencie la persona sana de la enferma.

6

El único modo de determinar si una persona está sana o enferma es:

escuchar,

observar cuidadosamente,

hacer buenas preguntas y

llegar a una conclusión clínica bien fundada.

7

No hay ningún examen de sangre o de orina para medir la función mental. Y probablemente nunca lo habrá.

8

El buen clínico sabe lo que NO sabe.

9

Si hay duda sobre demencia en el paciente, haga una evaluación del estado mental.

10

Aprenda a hacer una evaluación del estado mental.
Hágala mientras examina al paciente.

Llénela más tarde:

humor,
afecto,
actitud,
apariencia,
organización vs. desorganización,
empatía,
contenido del lenguaje,
ilusiones, alucinaciones,
juicio,
memoria reciente y remota.

11

Conozca qué alteración va a evaluar durante el tratamiento.
Escoja algo que Ud. pueda medir.

12

Si no hay ninguna alteración que evaluar, no trate al paciente con drogas o cirugía.

13

Si una droga no hace efecto, suspéndala.

14

Si una droga funciona, manténgala. Esto se aplica a pacientes con procesos crónicos.

15

En pacientes agudamente enfermos que están siendo tratados, no cambie nada si el paciente se siente mejor.

16

Cambie solamente una droga a la vez.

17

Use el menor número de drogas a la vez.

18

Si es posible suspenda todas las drogas.
Si es imposible suspenda tantas como sea posible.

19

Sea cuidadoso si decide tratar una reacción por drogas con otra droga.

Una regla mejor:

Nunca trate una reacción por drogas con otra droga a menos que la segunda droga sea un antídoto probado para la primera.

20

No existe tal cosa como una droga órgano-específica. Todas las drogas actúan en el todo el cuerpo.

21

No obtenga su información sobre los medicamentos exclusivamente de los visitantes médicos.

22

Use en su práctica tan pocas drogas como sea posible. Conozca estas en detalle.

23

Cuando un paciente viene a consultarlo tomando drogas que Ud. no conoce, lea acerca de ellas, y luego suspenda tantas como sea posible.

24

Generalmente no vale el tiempo ni el desgaste emocional tratar de evitar que mujeres obesas reciban agentes de reemplazo tiroideo o que mujeres flacas reciban inyecciones de vitamina B₁₂.

25

Generalmente no vale el tiempo y ni el esfuerzo tratar de evitar que los pacientes ancianos tomen laxantes.

26

Desconfíe de pacientes que son demasiado aduladores con Ud., especialmente en la primera consulta.

27

Ud. no puede ser el médico de todo el mundo.

28

Aprenda a distinguir aquellos pacientes de quienes Ud. puede ser su médico de aquellos que Ud. no puede.

Refiera estos últimos a otro médico.
Hágalo cuanto antes.

29

Los pacientes con una enfermedad facticia (enfermedad autoinfligida secretamente) no se quedan con el médico que hace el diagnóstico.

30

Cuando Ud. esté oyendo al paciente, no haga otra cosa.
Solo escuche.

31

La entrevista con el paciente es el comienzo del tratamiento.

32

Lea "*The Diagnostic Interview*" de Ian Stevenson (New York, Harper & Row, 1971)

33

Diga a los pacientes que quiten el envoltorio de aluminio antes de insertar el supositorio.

34

Lea "*Dear Doctor: A Personal Letter to a Physician*" de Charles E. Odegaard (Menlo Park, CA, Henry J. Kaiser Family Foundation, 1986), especialmente los apéndices.

35

La ausencia de una enfermedad médica demostrable en un paciente sintomático no establece automáticamente un diagnóstico de enfermedad mental.

Por otra parte, la presencia de una enfermedad médica demostrable en un paciente sintomático no excluye automáticamente una enfermedad mental.

La violación de ambas reglas es común y es una fuente de gran error.

36

Si Ud. no sabe qué tiene un paciente después de hacer la historia, haga otra.

Si aún no sabe, haga una tercera historia.

Si para entonces Ud. no lo sabe, Ud. probablemente nunca lo sabrá.

37

Nunca le diga a un paciente sintomático, “No se preocupe. Todo está en su cabeza”*.

38

Nunca le diga a un paciente sintomático, “Ud. no tiene nada”.

Esto es degradante e insultante.

* Joseph Sapira cuenta la historia de un jefe de psiquiatría quien se fracturó la pierna en un accidente de esquí. El traumatólogo luego de ver las radiografías le dijo, “No se preocupe. Todo está en su cuerpo.”

39

Un paciente menor de 50 años con varios síntomas probablemente tiene una sola enfermedad.

40

Un paciente mayor de 50 años con varios síntomas probablemente tiene más de una enfermedad.

41

Cuando no sabe qué tiene un paciente, no diga: “Yo no sé que tiene Ud.” Diga, “Yo no sé **TODAVÍA** que tiene Ud.”

42

Cuando:

el paciente tiene múltiples dolencias,
Ud. no sabe qué tiene el paciente,
el plan de estudio ha sido negativo, y Ud. sospecha
que no hay una enfermedad médica demostrable para
explicar los síntomas.

Diga, “**YO SÉ** lo que Ud. **NO TIENE**”.

Luego enumere lentamente cada enfermedad que Ud. sabe

que el paciente NO tiene. Asegúrese de incluir en una lista larga y tediosa cada enfermedad conocida en la que Ud. pueda pensar.

Haga esto hasta asegurarse que el paciente esté aburrido.

43

Cuando Ud. esté diciéndole a los pacientes lo que ellos NO TIENEN, asegúrese de incluir las enfermedades más temidas y especialmente esas que han matado a miembros de la familia.

Haga esto solamente si Ud. está seguro que ha descartado esas enfermedades.

44

A un paciente nuevo con múltiples dolencias crónicas, nunca lo tranquilice demasiado pronto acerca de la ausencia de una determinada enfermedad.

Esperen unos pocos días. Entonces el o ella le creará.

45

Cuando esté haciendo una historia detallada sobre los medicamentos, comience con las drogas tomadas hoy,
luego el día anterior,
luego el día anterior a este.

46

La mayoría de los pacientes ambulatorios se mejoran con o sin Ud.

47

La mayoría de la gente es saludable y vivirá una larga vida.

LA LEY DE LA PREVALENCIA*.

Según la LEY de la PREVALENCIA, los valores falsos positivos son las fallas diagnósticas en pacientes ambulatorios en la práctica médica primaria.

Cuando un paciente no está enfermo o ha venido solo para un chequeo, descarte y repita los resultados positivos.

Según la LEY de la PREVALENCIA, los valores falsos negativos son fallas diagnósticas en pacientes críticamente enfermos. Cuando un paciente está muy enfermo, descarte y repita los resultados negativos importantes.

* La ecuación que establece la Ley de la Prevalencia es:

$$\text{Valor predictivo (Test Positivo)} = \frac{\text{prevalencia} \times \text{sensibilidad}}{(\text{prev.} \times \text{sensibilidad}) + (1 - \text{prev.}) (1 - \text{especificidad})}$$

En la ecuación se ve fácilmente el poder de la prevalencia.

49

Los medicamentos deberían hacer que los pacientes se sientan mejor, no peor.

50

Si un medicamento hace que el paciente se sienta peor, suspéndalo y encuentre una alternativa disponible.

51

Desconfíe de pacientes que sonrían:
cuando describen el dolor,
o síntomas serios,
o infortunios en su vida,
o en los fracasos de los médicos en ayudarlo hasta
ahora.

52

Aprenda a mirar las caras de los pacientes.

53

Aprenda a mirar el tamaño de las ventanas de la nariz.

54

Aprenda a mirar el labio inferior y luego el superior.

55

Aprenda a mirar el color de la piel de la cara.

56

Note el cambio en la frecuencia respiratoria cuando Ud. discute diferentes tópicos con sus pacientes.

El borde de los hombros se mueve con cada inspiración.

57

Una persona muy obesa que está perdiendo peso probablemente tiene una enfermedad, aunque diga que está haciendo dieta.

58

Dé permiso al paciente para discutir una conducta inusual o desviada. Hágalo de esta manera:

Si Ud. cree que el paciente abusa de los laxantes, diga:
“Algunas personas toman solo una cucharada de leche de magnesia al día, otras toman 2 o 3 frascos por día, ¿Cuánto toma Ud.?”

Si Ud. piensa que el paciente abusa de los enemas, diga:
“Algunos de mis pacientes usan un enema una vez al mes,
otros pacientes varias veces al día. ¿Qué tan
frecuentemente los usa Ud.?”

59

A Ud. no tiene que gustarle un paciente, pero seguro que eso ayuda.

Si el desagrado es severo, el paciente puede tener un serio desorden de personalidad o puede estar mostrando un aspecto suyo que Ud. desprecia o niega.

Si a Ud. todavía no le gusta el paciente después de tres consultas, refiéralo a otro médico.

60

Todos los pacientes mentirán acerca de algo.
Algunos mentirán acerca de todo.

61

Ser médico es un alto privilegio.
No abuse de ello.

62

El curriculum de la escuela de medicina es una fuente pobre para aprender algo acerca de la vida.

63

Respete a todos los que conoce, especialmente aquellos que trabajan en tareas de servicio en el hospital.
Ellos hacen posible que Ud. sea médico.

64

Las probabilidades para Ud. como médico de cometer suicidio, volverse adicto, volverse alcohólico, o caer en depresión son muy altas.
Descubra porqué.

65

Conozca las cosas que Ud. puede cambiar.
Conozca las cosas que Ud. no puede cambiar.
Desarrolle la sabiduría para diferenciarlas.

66

No se refiera a los pacientes como enfermedades
No diga, “la vesícula de la habitación ____”.
o la “ insuficiencia cardíaca”
o la” insuficiencia renal”
o el “pulmón crónico”.

67

Tenga siempre cuidado con los pacientes histéricos.
Ellos pueden tener varias enfermedades.

68

Sólo porque Ud. sabe mucho de fisiología, bioquímica y anatomía no significa que Ud. sabe algo acerca de la vida y la gente.
Deje que sus pacientes y otra gente le enseñen a Ud.

69

Aprenda algo de cada paciente que Ud. conozca.

70

No existe un paciente que no sea interesante.
Todos ellos son fascinantes en algún modo.

Descubra qué tiene cada uno de interesante.

71

Si a Ud. no le gusta la medicina clínica, salga de ella hoy mismo.

72

Aprenda a decir “No” con tacto.
Diga “ No”.

73

Diga “No” al menos una vez cada día.

74

Nunca explique porqué Ud. está diciendo “No”.

75

No discuta su vida personal con los pacientes.
Si siente necesidad de hacer eso, haga algunos amigos o contacte a su familia de nuevo.

76

Sea cauteloso con pacientes seductores.
Aprenda cómo manejarlos de una manera directa.
Si la conducta continua, refiera el paciente a otro médico.

77

Nunca jamás tenga una relación de tipo sexual con un paciente o con un empleado de la oficina.

78

No trate la ansiedad *aguda* con drogas, excepto en verdaderas emergencias.

79

La depresión viene en dos formas:

Hay una depresión con “d” minúscula. Todos nosotros podemos tenerla. Es parte de la pena o preocupación. Esta pasa. No trate depresiones pequeñas con drogas.

Hay una DEPRESIÓN con “D” mayúscula. Esta es una enfermedad que requiere de drogas antidepresivas con la dosis ajustada cuidadosamente al nivel necesario.

80

Cuando la rabia está reprimida, con frecuencia está unida a depresión.

81

La mayoría de los médicos generales subtratan la depresión y sobretratan la ansiedad con drogas. Ambas condiciones pueden ser fases pasajeras de la condición humana.

82

Diga a los pacientes que están tomando antidepresivos por DEPRESIÓN que ellos deben tomar la droga todo el tiempo, no solamente cuando ellos se sienten deprimidos.

83

Lea “*The Twenty-Minute Hour: A Guide to Brief Psychotherapy for the Physician*” de Pietro Castenuevo-Tedesco (Boston, Little Brown and Company, 1965)

84

Muchos de los pacientes que van a consultarlo no tendrán una enfermedad médica demostrable.

85

El progreso de muchos síntomas (por ejemplo, el dolor) puede ser seguido por el uso de una auto escala de 0 a 10.

86

La prevalencia o frecuencia de la enfermedad es al proceso diagnóstico lo que la gravedad es al sistema planetario. Tiene el poder de una ley física. Por encima de todos los otros factores, controla la exactitud del proceso diagnóstico.

87

La frecuencia de una seria enfermedad varía ampliamente de acuerdo al sitio de la práctica médica. Es baja en la práctica de familia o comunidad, alta en un centro diagnóstico de referencia, extremadamente alta en una unidad de cuidado crítico de referencia.

88

Lea "*Beyond Normality: The Predictive Value and Efficiency of Medical Diagnosis*" de R.S. Galen y S.R. Gambino (New York, John Wiley and Sons, 1975)

89

Si Ud. se va a dedicar a una carrera académica en la medicina, pase al menos un año en la práctica privada de la medicina, lejos de un centro académico.

90

Si Ud. se va a dedicar a la práctica privada, pase al menos un año haciendo investigación en un centro académico. Aprenda una pequeña área en gran profundidad. Ello le dará respeto hacia el conocimiento científico.

91

Escoja y compre uno de los libros de texto estándar de medicina. Compre la última edición siempre que se publique. Haga esto por el resto de su carrera.

92

Suscríbase a *JAMA* o al *The New England Journal of Medicine*. Léalo cada semana. Si no lo lee al menos hojéelo.

93

Lea en un libro estándar de medicina el capítulo acerca de cada enfermedad o síntoma nuevos que Ud. encuentre. Haga esto por el resto de su carrera.

94

Si Ud. no sabe qué tiene el paciente después de un estudio completo, haga una consulta.

Si Ud. no lo sabe después de la primera consulta, haga otra más.

Luego, si Ud. aun no lo sabe, refiera al paciente a un centro médico reconocido.

Si Ud. practica en un centro médico y todavía no lo sabe, refiera al paciente a otro centro médico.

95

El consultante debería discutir las recomendaciones solamente con el médico que refiere al paciente y no con el paciente.

Esta regla ya no se sigue más.
Pero debería seguirse

96

Algunos pacientes están más allá del conocimiento médico existente.

97

Algunos pacientes están más allá de todo conocimiento.

98

Algunas enfermedades no son tratables, pero a todos los pacientes se les puede dar atención.

99

Las enfermedades intratables no deben ser tratadas a menos que el paciente esté de acuerdo en ser incluido en un protocolo experimental.

100

Aprenda cuándo llamar a un cirujano y cuándo no.

101

El dolor abdominal agudo, severo, siempre requiere una consulta quirúrgica.

102

Un buen cirujano evaluando un dolor abdominal agudo es equivalente a una prueba de laboratorio altamente sensible y específica.

103

Un abdomen agudo quirúrgico es cuando un buen cirujano dice que ES un abdomen agudo quirúrgico
No hay otro test para eso.

104

Haga una lista de médicos que Ud. confíe y respete.
Fomente una buena relación con ellos, y contáctelos para discutir los casos difíciles.
Escoja uno de cada especialidad y llámelos cuando los necesite.

105

Hay solo tres formas de contestar una pregunta:

Yo no sé.

Yo no sé, pero lo adivinaré.

Yo sé.

106

Si Ud. necesita tiempo para pensar, pida a los pacientes ancianos que le describan sus hábitos intestinales.

107

Casi todos los pacientes enfermos lucen enfermos, hablan como enfermos y actúan como enfermos.

Unos pocos pacientes enfermos lucen bien, hablan bien, y actúan bien.

Unos pocos sin enfermedad pueden lucir enfermos, hablar como enfermos y actuar como enfermos.

Tenga cuidado.

108

Cualquiera que sea el tema que el paciente esté discutiendo muy cómodamente, probablemente no es el verdadero problema.

109

Los síntomas atribuibles a enfermedades médicas tienden a mejorar o empeorar.

Los síntomas físicos atribuibles a desórdenes psicológicos tienden a permanecer sin cambio a lo largo del tiempo.

110

El tiempo es el mejor diagnosticador.
Úselo inteligentemente.

111

La mayoría de los pacientes puede decirle por qué se enfermaron.

112

La mayoría de los pacientes puede decirle cuál es la enfermedad que tienen.

113

Si un paciente se enferma tomando varios medicamentos, uno o más de ellos están causando los síntomas.

Suspenda los medicamentos y observe.

114

Pocas drogas, si acaso existen algunas, pueden suspenderse sin riesgo.

115

Aprenda qué drogas deben reducirse gradualmente antes de suspenderlas.

116

Aprenda qué drogas deben comenzar a administrarse en la menor cantidad posible hasta lograr la dosis mínima que haga efecto (ajuste de la dosis).

117

Aprenda la diferencia entre la reducción gradual de la droga y el ajuste de la dosis.

118

Nunca use una droga potencialmente tóxica cuando los beneficios son mínimos o ninguno.

119

Si Ud. conscientemente tiene que usar placebos, escoja los no tóxicos.

120

Siempre hay un efecto placebo actuando.

Sepa qué es placebo y qué es farmacológico en lo que Ud. hace.

Mantenga los dos separados en su pensamiento clínico.

121

Todos los pacientes - los que tienen doctorados en psicología, los que tienen altos cargos públicos, los iletrados, y los ignorantes - quieren magia de Ud.

La magia no necesita de píldoras o cirugía.

122

Lea "*Persuasion and Healing. A Comparative Study of Psychotherapy*" de Jerome Frank (New York, Schocken Books, 1974)

123

Si todo lo que Ud. escucha son síntomas, entonces todo lo que Ud. oirá de sus pacientes son síntomas.

Todos sus pacientes tendrán síntomas.

Si Ud. puede escuchar sobre una diversidad de temas, entonces menos pacientes tendrán síntomas.

Y algunos de sus pacientes dejarán de tener síntomas.

124

Gústete o no, hay un poco de doctor “brujo” funcionando en todos los médicos.

Use esta habilidad sabiamente y sólo en beneficio de sus pacientes.

125

Hay tres clases de pacientes:

1. Aquellos que creen en cada palabra que Ud. dice y hacen todo lo que Ud. sugiere.

Sea cuidadoso(a) con lo que dice y sugiere.

2. Aquellos que reflexionan sobre lo que Ud. dice, se preguntan por qué lo dice, le hacen preguntas y luego deciden lo que ellos van a hacer.

Conteste a todas sus preguntas.

3. Aquellos que están en desacuerdo con cada cosa que Ud. dice, se oponen a cada sugerencia que Ud. hace y establecen que nada los ayudará.

Preceda cada sugerencia que Ud. haga, diciendo que no cree que el tratamiento funcionará. Deje que ellos argumenten que este funcionará y así será.

Aprenda a tratar con los tres tipos de pacientes

En pacientes con dolor agudo, intenso, incapacitante, use narcóticos en cantidad suficiente para aliviar el dolor. Adminístrelos intravenosamente hasta que el paciente se sienta cómodo.

127

En pacientes con dolor crónico, no importa cuan severo sea, no use narcóticos a menos que el paciente tenga una enfermedad terminal. Entonces use todo lo que sea necesario para aliviar el dolor.

128

La mayoría de los pacientes con dolor de cabeza crónico no sabe cómo usar la aspirina correctamente. He aquí un método:

Con el primer indicio de dolor de cabeza, tome tres aspirinas.

Media hora más tarde, a menos que el dolor esté disminuyendo, tome dos más.

Una hora más tarde, a menos que el dolor esté mucho mejor, tome una más.

Es raro el dolor de cabeza que falla en responder a este esquema.

(Nota del traductor: Este esquema no debería aplicarse en cualquier paciente, se debería tener cuidado con los efectos colaterales de la aspirina en pacientes susceptibles.)

129

Enseñe a los pacientes a estar bien, no a estar enfermos.

130

Si Ud. se descubre pensando que un paciente podría tener hipertiroidismo o hipotiroidismo, entonces el paciente no tiene ninguna de las dos cosas.

131

Hay dos tipos de obesos:

Esos que son obesos desde la niñez.

Esos que ganan peso en la edad adulta.

Hay un pronóstico muy diferente para cada tipo cuando hay pérdida de peso sostenida.

132

Las tablas de peso y estatura no son verdades absolutas.

Hay gente alta y hay gente baja.

Hay gente gruesa y hay gente delgada.

Hay ectomorfos, endomorfos y mesomorfos.

Cada persona tiene que ser una cosa u otra.

133

Deje a los pacientes divagar por lo menos 5 minutos cuando los ve por primera vez.

Ud. aprenderá mucho.

134

Algunas personas tienen cerebros rápidos, otras tienen cerebros lentos.

Ajuste su pensamiento al ritmo del paciente.

135

Ponga atención a lo que el paciente NO le está diciendo.

136

Nunca se muestre impresionado(a) por nada que el paciente le diga.

137

Lea "*Uncommon Therapy: The Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson, MD*" de Jay Haley (New York, W.W. Norton and Company, 1973)

Esto da cuenta del genio terapéutico de Milton Erickson.

EL PERTURBADOR MÉTODO DE ADIVINAR

Para el paciente que repite, “Yo no puedo hablar acerca de ... *eso*”:

Si el asunto es acerca del esposo, Ud. hace una suposición en la que él es el criminal o alguna otra suposición igualmente alarmante.

Si el asunto es acerca de un niño, Ud. hace una suposición en la que él tortura mascotas con fuego o algo que es igualmente horrendo para el familiar.

Hay dos resultados posibles con este método:

Si su suposición es correcta Ud. parecerá un clarividente, lo que permitirá al paciente hablar más libremente acerca del tabú.

Si su suposición es mucho peor que la realidad, el paciente se sentirá aliviado y más cómodo de decirle la verdad para probar que Ud. no está en lo cierto.

El tabú quedará eliminado en ambos casos.

SOLO PARA ESTUDIANTES AVANZADOS

Para esos raros pacientes con múltiples síntomas crónicos y que saltan de un síntoma a otro, he aquí un modo de contenerlos:

Ponga marcas en varias sillas en el cuarto de examen. Marque una silla “cabeza”, otra “pierna”, otra “tórax” y otra “estómago”.

Luego diga, “Yo estoy confundido(a) con todos sus síntomas Ud. me ayudará a mantener sus síntomas en orden si se sienta en la silla apropiada cuando Ud. hable de cada uno de sus síntomas”.

Después de unos pocos cambios de sillas, los pacientes comienzan a hablar realmente de lo que les molesta. Y pueden, incluso, dejar de mencionar síntomas.

140

Trate la enfermedad que el paciente tiene, no la enfermedad que Ud. quiere que el paciente tenga.

141

Levántese cuando un paciente entra o sale de su oficina.

142

No escriba la historia y hable con el paciente al mismo tiempo.

143

Si Ud. comete un error en el tratamiento o diagnóstico, dígame al paciente lo ocurrido.

Dígale que Ud. lo lamenta y explíquele lo que él puede esperar que ocurra.

Haga esto sin importar cuan pequeño o grande haya sido el error.

144

No le dé malas noticias al paciente hasta que Ud. esté seguro, dentro de lo posible, de la exactitud del hallazgo.

145

Si Ud. está haciendo un examen de despistaje que tiene alta probabilidad de ser falso positivo, diga al paciente con anticipación que Ud. puede necesitar obtener una segunda muestra y en algunos casos una tercera antes de estar seguro de los resultados.

Si el primer examen es positivo, haga el segundo examen pero no discuta con el paciente los resultados del primer examen.

Hága saber al paciente que el examen es complicado y sujeto a variaciones, antes de pedirlo.

146

Nunca solicite un examen a menos que el resultado le ayude a Ud. a planear el tratamiento o a cambiar lo que Ud. le dirá al paciente.

147

No vaya en “expediciones de pesca” por enfermedades que no sean las que la historia médica, el examen físico o las circunstancias del caso señalen.

148

Trate de dejar sonriendo a cada paciente, no importa cuan penosas sean las circunstancias.

149

Nunca quite la esperanza.

150

Nunca trate de predecir exactamente cuánto le queda de vida al paciente.

Por encima de todo, no le diga al paciente. “A Ud. le quedan ___ meses de vida”.

151

Hay una delgada línea entre tratar un paciente y tratarse Ud. mismo.

Trate de no cruzarla.

152 Ud. es el abogado del paciente.
Ud. no trabaja para nadie más.

153 Después de que hace un diagnóstico y comienza un tratamiento, si el paciente no mejora, Ud. tiene que estar dispuesto a desechar su primer diagnóstico y comenzar de nuevo.
Piense esto antes de decírselo a su paciente.

154 Para un paciente seriamente enfermo y sin diagnóstico, hay probablemente un médico en alguna parte que sabrá qué tiene el paciente.
Encuentre a ese médico.

155 Si Ud. entra a la habitación de un hombre casado y nota una mujer que pasa calladamente frente a Ud. evitando todo contacto visual, ella es probablemente la amante del hombre.

156

Desconfíe de los familiares lejanos de pacientes seriamente enfermos o terminales.
Ellos causan problemas con frecuencia.

157

Evite todos los encuentros donde ex-esposas, actuales esposas y amantes estén presentes.

Así mismo, encuentros con esposos, ex-esposos y amantes.

158

Si una esposa rehusa salir de la habitación de su esposo y hace todo lo posible para evitar que Ud. hable a solas con él, asegúrese de hablar con el paciente, aunque tenga que arreglárselas para hacerlo en el departamento de radiología.

159

Un esposo rara vez rehusa dejar a solas a su esposa con un médico. Inclusive muchos nunca van al hospital con sus esposas.

160

La mayoría de los pacientes son mujeres.
(¿Atormentan los hombres a las mujeres hasta el punto de enfermarlas?)

161

Cuando un hombre busca ayuda médica, hay generalmente una mujer que lo urge a hacerlo.
Hable con ella.

162

No hable con un paciente enojado acerca de ningún otro tema hasta que Ud. comprenda el origen de su rabia.
Tome todo el tiempo necesario para disipar su rabia.

163

Está bien que el paciente se enoje.

164

Está bien que el paciente
llore, se deprima, ría, ofenda,
o exprese cualquier otro sentimiento.

165

No hay ningún método externo para medir la presencia o ausencia de dolor.

166

No hay ningún método externo para medir cuánto dolor tiene un paciente.

167

Nunca examine a un paciente de sexo opuesto sin un asistente o acompañante, especialmente durante el examen genital o de las mamas.

168

No administre una droga intravenosa o intramuscular si se puede dar oralmente. Hay al menos una excepción para esto:

Morfina intravenosa en un paciente con severo dolor por infarto miocárdico agudo.

169

Las manifestaciones raras de enfermedades comunes son más comunes que las manifestaciones comunes de enfermedades raras.

170

Cualquier paciente diabético juvenil con admisiones recurrentes por cetoacidosis no se está inyectando la insulina hasta que se demuestre lo contrario.

Confrontar esta situación rara vez es útil.
El conocerla sin embargo es muy útil.

171

Cualquier trastorno nuevo que ocurre con la administración de una nueva droga es debido a la droga hasta que se demuestre lo contrario.

172

No hay ninguna manifestación que no pueda ser causada por cualquier droga.

o

Cualquier droga puede producir cualquier cosa.

173

No hay estudios controlados de pacientes tomando más de cuatro drogas y muy pocos tomando tres.
Cualquier paciente con más de cuatro drogas está mas allá de la ciencia médica.

174

La probabilidad de una reacción adversa aumenta exponencialmente con cualquier incremento en el número de drogas administradas.

175

Si el paciente es un hombre y hay varias mujeres presentes en la habitación cuando Ud. entra, nunca trate de adivinar cuál es la esposa.
Y jamás adivine si una de ellas es la madre.
Ella puede ser la esposa del hombre.

176

Algunos pacientes tienen necesidad de estar enfermos.
No les niegue esa necesidad.

177

El estar enfermo llama la atención.
Toda enfermedad tiene alguna ganancia secundaria.

178

El elixir de tiempo es con frecuencia la mejor medicina.

179

Los síntomas físicos debidos a enfermedades médicas o empeoran o mejoran.
Los síntomas físicos atribuibles a un origen psicológico no cambian mucho con el tiempo.

180

La ausencia de reportes sobre una toxicidad específica de una droga no significa que no pueda ocurrir o que no ocurra.

181

Las reacciones por drogas pueden ser únicas en un paciente en particular.

182

Algunas enfermedades son idiosincrásicas y peculiares de un paciente.

183

El despistaje de una enfermedad en una persona sana es un proceso muy diferente al del documentar la presencia de la misma enfermedad en una persona enferma.

184

Cuando Ud. evalúe pacientes seriamente enfermos, reduzca su lista de posibilidades a aquellas enfermedades que son tratables, aunque sean raras.

185

Nunca deje morir a un paciente con una enfermedad rara pero tratable.

186

No se preocupe por los diagnósticos de enfermedades intratables que dejó escapar.

187

Un hombre de edad mediana que repentinamente desarrolla lo que parece ser una alteración de carácter o una disfasia o alguna otra conducta nueva tiene un tumor cerebral hasta que se pruebe lo contrario.

188

La ausencia de evidencia clínica no es evidencia de su ausencia.

189

Aprenda a realizar un examen neurológico completo y detallado.

190

Vuélvase un experto en lo que es y lo que no es una respuesta de Babinski.
Esto le será muy útil.

191

Un signo está “presente” o “ausente”.
Los signos no son nunca “positivos” o “negativos”.

192

Evite usar términos “negativo” o “normal” al describir el examen físico.
Nunca use “esencialmente” o “básicamente” normal.
Describa lo que Ud. ve, oye, o siente y lo que Ud. no ve, oye o siente.

193

Use el lenguaje concisa y correctamente.

194

Ninguna presentación oral de un caso debería tomar más de cinco minutos.

Presentaciones más largas significan que Ud. no sabe de lo que está hablando.

195

No diga “en mi experiencia” hasta que Ud. haya estado en la práctica al menos diez años. Aun entonces, use el término esporádicamente o no lo use.

196

Cuando tenga a su cuidado un paciente muy enfermo, dude de todos los resultados de los exámenes.

197

Acostúmbrase a chequear el nombre de su paciente en todos los resultados de laboratorio y de otras pruebas. Los reportes y resultados pueden traspapelarse.

198

Acostúmbrese a mirar todos los estudios radiológicos y de imágenes personalmente.

Haga un hábito el revisar junto con el radiólogo todos los hallazgos anormales o cuestionables

199

La biología humana y la medicina clínica no son la misma disciplina.

Los biólogos y los médicos clínicos usan procesos de pensamiento muy diferentes.

200

La fisiopatología de la enfermedad diagnosticada debería explicar los síntomas del paciente

Si no lo hace, Ud. o tiene el diagnóstico equivocado o está dejando pasar una segunda enfermedad que podría explicar los síntomas.

201

Sepa que tratamientos son inútiles.

202

Si el tratamiento es inútil, no lo use.

203

Las personas ancianas son frágiles y se descompensan fácilmente.

Manéjelas con sutileza.

Use drogas sólo si son necesarias. Úselas con cuidado.

204

La mayoría de los ancianos funcionan mejor y se sienten mejor cuando suspenden todos los medicamentos.

205

Bastante de lo que se llama vejez es simplemente desuso e inactividad.

Anime gentilmente a los pacientes ancianos a estirar todos sus músculos diariamente y a dar caminatas diarias.

Haga una lista de las enfermedades letales pero tratables. Prométase que nunca dejará pasar un diagnóstico de cualquiera de ellas.

Asegúrese de incluir las siguientes:

Cetoacidosis diabética o cualquier acidosis

Estados hiperosmolares.

Meningitis (bacteriana, micótica o tuberculosa)

Pérdida oculta de sangre

Tirotoxicosis

Enfermedad de Addison

Choque séptico.

Fiebre de las Montañas Rocosas

Deshidratación

Hipoxemia

Insuficiencia renal obstructiva

Formas de hipertensión curables quirúrgicamente

- Tumores benignos del cerebro o de la médula espinal que son operables
- Insuficiencia cardíaca debida a fístulas arteriovenosas o a otros procesos con gasto cardíaco elevado.
- Sepsis
- Obstrucción intestinal mecánica
- Víscera rota
- Hematoma subdural
- Hiperparatiroidismo
- Hipoglicemia, especialmente la debida a hiperinsulinismo
- Obstrucción pulmonar mecánica

Añada otras a medida que Ud. aprenda acerca de ellas....

207

Aprenda a creer en sus sentimientos. Ellos le pueden decir mucho acerca de los estados emocionales de sus pacientes.

Si Ud. se siente deprimido, el paciente puede estar deprimido.

Si Ud. se siente confundido, el paciente puede estar confundido o incluso demente.

208

Cuando esté hablando con pacientes parcialmente sordos, ponga su estetoscopio en los oídos de ellos y hable sobre la campana.

Ellos apreciarán su gesto aunque ellos no lo puedan oír.

209

Hombres hospitalizados mayores de 75 años y gravemente enfermos, que no tienen una o ambas manos sobre sus genitales tienen mal pronóstico.

210

Pida una velocidad de sedimentación globular.
Es un test útil cuando se usa con inteligencia.

211

Use los exámenes de laboratorio como un rifle no como una escopeta... un disparo a la vez y con precisión.

212

En su práctica, ocasionalmente envíe al laboratorio agua con colorante amarillo del que se usa en comidas.
Etiquétela "orina".
Deje saber al laboratorio que Ud. hará esto de vez en cuando.

213

La fiebre facticia no eleva la frecuencia del pulso.

214

Rasguños en pares o en forma de mariposa sobre la piel son causados por pellizcos y son generalmente autoinfligidos.

215

Lesiones facticias en la piel no aparecen entre las escápulas.

216

La enfermedad facticia debe ser considerada en todos los pacientes sin diagnóstico o en aquellos con hallazgos raros.

217

Desconfíe de pacientes que traen sus propias almohadas, especialmente si son de satén.

218

La enfermedad facticia puede ocurrir por la colaboración entre dos personas: el paciente con un amigo, o familiar.

219

No se moleste con sus pacientes si ellos no mejoran con su terapia.

No se moleste con sus pacientes por su estilo de vida.

No se moleste con sus pacientes.

Y si lo hace, busque ayuda.

220

Ud. debe aprender a escuchar los soplos de estenosis aórtica y estenosis mitral.

Ambos se escapan fácilmente.

Ambas son lesiones que se pueden corregir.

221

El soplo localizado de estenosis mitral puede estar escondido debajo de un área tan pequeña como una moneda.

222

La obstrucción pilórica puede ser un diagnóstico que se escapa.

Puede presentarse como constipación o como una sensación de llenura.

El clásico síntoma del vómito algunas veces no está presente.

223

Es raro una tirotoxicosis sin una glándula tiroides palpable.
Cuando ocurre piense en ingestión exógena de hormona tiroidea.

224

EL TAMAÑO DEL HÍGADO EN PACIENTES MUY OBESOS

Ponga su estetoscopio sobre el hígado.

Raspe la piel con una llave por debajo del margen costal.

Mueva la llave hacia el margen costal.

Cuando el raspado cruce el borde hepático, Ud. percibirá un sonido diferente.

225

Si sus pacientes difíciles le preguntan si deberían ir a la Clínica Mayo, o a la Clínica de Cleveland o a la Clínica Oschner, muestre su sabiduría y preocupación refiriéndolos allá.

226

Sepa con qué frecuencia el paciente necesita verlo de nuevo.

Algunos pacientes necesitan consultas semanales, algunos mensuales, otros trimestrales, otros anuales y otros cada 2 o 3 años.

No hay una regla para ayudarlo a decidir sobre esto.

227

Cuando Ud. no tiene un diagnóstico específico y el paciente está de pie caminando y no está seriamente enfermo, tenga cuidado de no hacer un diagnóstico que lo venga a atormentar a Ud. más tarde.

En estas situaciones algunas veces es mejor usar términos fisiológicos descriptivos o los nombres de los síntomas en lugar de usar diagnósticos de enfermedad.

228

Evite hablar de “órganos”.

No pregunte

“¿Cómo está su colon?” o “¿Su estómago?” o
“¿Sus senos paranasales?” o “¿Su corazón?” o
cualquier otro órgano.

Pregunte al paciente cómo se siente.

No permita que el paciente hable de órganos.

Los pacientes saben solamente cómo se sienten o qué piensan.
Insista en un lenguaje de síntomas, sentimientos y pensamientos.

229

No hay diabéticos “inestables”.
Hay solamente doctores “inestables”.

230

Si un paciente habla de un diagnóstico, pregunte acerca del diagnóstico.

Si un paciente dice, “Comenzó como una ‘gripe’ ”.
Pregunte, “¿Cómo era esa gripe?”.

231

Cuando analice un síntoma, haga preguntas hasta que Ud. pueda hacerse una idea precisa del paciente sufriendo el síntoma.

Comience a imaginarse cómo se sentiría tener el síntoma.
Si Ud. no puede hacer esto, Ud. probablemente no tiene una descripción exacta del síntoma y debería hacer más preguntas sobre su naturaleza.

232

Cuando Ud. crea que ya ha comprendido la naturaleza del síntoma, repita lo que piensa que ha oído. Haga esto hasta que el paciente asienta (con un movimiento de cabeza) que Ud. ha comprendido cómo se percibe el síntoma y bajo qué circunstancias ocurre.

233

Las amenazas rara vez inducen docilidad.

234

Nunca señale o agite su dedo a un paciente.

Si Ud. lo hace por favor deje de hacerlo.

Si Ud. no sabe si lo hace, por favor pregúntele a un amigo.

Si Ud. no tiene un amigo haga uno.

235

LA RESPUESTA QUE OBTIENE ES EL MENSAJE QUE UD. ENVIA.

Si un paciente se molesta cuando Ud. habla,
Ud. dijo algo que enfureció al paciente.

Si un paciente ríe cuando Ud. habla,
Ud. dijo algo que fue cómico para el paciente.

Si el paciente llora cuando Ud. habla,
Ud. dijo algo que fue triste o que hizo molestar al paciente.

Si el paciente comienza a discutir con Ud.
Ud. dijo algo que provocó la discusión en el paciente.

236

Si a Ud. no le gusta la conducta de otra persona considere cambiar la suya.

237

Si Ud. se sorprende con frecuencia por las respuestas de los pacientes, Ud. puede estar enviando dobles mensajes:

Un mensaje con sus palabras...

Un diferente mensaje con su tono de voz...

Otro con su expresión facial...

Incluso otro con su postura...

Solamente una grabación de Ud. mismo descubrirá esta clase de problema.

238

El primer paso en una comunicación efectiva es ganar la completa atención de la otra persona.

Algunas veces esto requiere largos períodos de silencio.

239

Si los ojos de una persona se están moviendo mientras Ud. habla, esa persona no está escuchando con completa atención.

240

Es imposible pensar y escuchar simultáneamente.

Escuche

Piense

Escuche

Piense

241

Escuchar requiere práctica.

Aprenda a dejar de pensar.

Aprenda a escuchar.

Solo escuche.

242

A menos que Ud. pueda repetir lo que otra persona dice y tenga su asentimiento, Ud. no ha escuchado cuidadosamente.

Practique esto hasta que se vuelva natural para Ud.

243

Aprenda a lograr la completa atención de sus pacientes.
Aprenda a darles a ellos su completa atención.

244

La rabia cubre al temor.
No responda a la rabia defensivamente.
Descubra a qué teme el paciente.

245

Tenga cuidado con las etiquetas.
Ellas pueden ser difíciles de quitar.

246

Hay un tiempo para actuar.
Hay un tiempo para no actuar.

247

Mucho de la enfermedad es autoinfligida, a sabiendas o no.

248

No tire los instrumentos.

249

El vidrio SE VE con rayos X.

250

Nunca le diga a una mujer que ella no puede quedar embarazada.

251

Hable de modo que pueda ser oído.

252

Escriba para que otros puedan leerlo.

253

Las esposas de los médicos PUEDEN tener enfermedades médicas.

254

Si tiene duda de qué hacer, haga lo que su abuela habría hecho.

255

Lave sus manos.
Hágalo delante de sus pacientes.

256

Antes de examinar a un(a) paciente:
caliente sus manos,
caliente su estetoscopio,
y asegúrese de calentar el espéculo.

257

Cuando no sabe qué hacer
¡No haga nada!

258

Conozca el daño.
No haga daño.

259

El cerebro necesita un constante aporte de oxígeno y glucosa.

260

La inquietud puede resultar de la hipoxemia.
Vaya a ver a los ancianos que se inquietan en la noche.

261

Enemas, sedantes y uso de múltiples drogas causan caídas durante la noche.

262

Asuma que el comienzo agudo de confusión en un anciano es infección.

263

Siempre observe caminar al paciente.

264

Desdichadamente con frecuencia el sistema de salud enseña a los pacientes a permanecer enfermos, no a mejorarse.

265

Si hay pacientes difíciles,
Entonces hay médicos difíciles.
Nosotros somos de la misma especie, créalo o no.

266

Un hospital es un lugar peligroso.
Úselo sabiamente, y tan breve como sea posible.

267

Ningún órgano o sistema falla aisladamente.

268

Pese cada paciente a su ingreso al hospital.

269

La ganancia o pérdida de peso en diez días es solo agua.

270

Sea amable con las enfermeras.

Ellas serán amables con Ud.

Sea grosero con las enfermeras.

Ellas le harán la vida muy infeliz.

271

Nunca le diga al paciente “No se preocupe”.

272

Las reglas para hacer diagnósticos correctos en las conferencias clinicopatológicas solo se aplican a las conferencias clinicopatológicas.

273

TRES CLASES DE ESTUDIANTES DE MEDICINA

El primer estudiante ve un frasco de orina roja, lo ignora, y lo vierte en el sanitario.

El segundo estudiante ve el frasco de orina roja, se pregunta qué le causará el color rojo, y lo vierte en el sanitario.

El tercer estudiante ve el frasco de orina roja, se pregunta qué le causará el color rojo, busca células rojas y no encuentra ninguna. hace el test de Watson-Schartz para porfobilinógeno, hace un diagnóstico de porfiria, y evita una laparotomía de emergencia innecesaria.

274

Una hemorragia del cuero cabelludo o una laceración facial nunca son tan graves como parecen inicialmente.

275

En la sala de emergencia piense que nada es nunca tan malo como parece al principio.

276

Hable *con* pacientes no *a* pacientes.

277

Nunca despierte a un paciente para darle un sedante o un laxante.

278

Si se usan muchas drogas para tratar una enfermedad, ninguna es efectiva.

279

La confusión es una fase esencial del aprendizaje.

280

El primer trabajo que tiene el médico es determinar si el paciente está sano o está enfermo.

Si está enfermo, qué clase de enfermedad.

Si está enfermo, qué tan enfermo.

Si está enfermo, qué tratamiento, si hay alguno

281

El proceso diagnóstico no fue inventado para determinar si el paciente está enfermo o sano.

Fue desarrollado para determinar qué clase de enfermedad está presente.

282

En una enfermedad generalizada el presumir que un proceso es exclusivamente localizado es un error común.

He aquí unos ejemplos:

Derrame pericárdico en hipotiroidismo

Proteinuria en endocarditis bacteriana

Edema en hipertiroidismo

Déficits neurológicos en anemia perniciosa

Accidentes cerebrovasculares embólicos a partir de trombos auriculares

Constipación en hipercalcemia

Insuficiencia cardíaca en anemia

Disnea en hipertiroidismo.

283

Conozca las circunstancias en las cuales la enfermedad se desarrolló. Esto le ayudará mucho para hacer el diagnóstico.

284

La creencia del médico determina la creencia del paciente.

285

Los conocidos de los pacientes siempre cuentan historias espeluznantes acerca de alguna persona que ellos conocían que tuvo la misma enfermedad, fue operada de lo mismo, o que tomó la misma droga que el paciente.

Ellos siempre describirán el peor resultado, complicación o reacción posible.

Advierta a sus pacientes que tienen diagnósticos nuevos de enfermedades serias, que esto sucederá.

Esto le ahorrará tiempo a Ud.

286

Hay más gente que toma hormona tiroidea sin necesitarla, que gente que la toma necesiéndola.

287

Si Ud. tiene duda de que una droga funcione, probablemente no funcionará.

288

Solamente el paciente sabe cómo se siente. Nadie más lo sabe.

289

Ningún supositorio va en la nariz.

290

El silencio produce ansiedad.
Espere que el paciente lo rompa.
Entonces el paciente dirá algo muy importante.

291

Un médico que se trata a sí mismo tiene un tonto por paciente y un tonto más grande por médico.

El error de hacer un diagnóstico de una enfermedad que no existe es ocultado por las partes.

El paciente está satisfecho de tener un nombre para sus síntomas.

El médico tiene un diagnóstico, aunque falso.

La “enfermedad” no puede progresar ya que no existe.

La “enfermedad” siempre será leve.

El tratamiento parecerá funcionar.

**TENGA CUIDADO CON LAS ETIQUETAS...
ESPECIALMENTE CON LAS FALSAS.**

En los síntomas crónicos no diagnosticados, haga que el paciente lleve un diario del síntoma.

Busque correlación con actividades, comida, gente, trabajo, tiempo y lugar. Más tarde Ud. puede añadir “observaciones”.

Si dice que el síntoma es “constante”, pregunte a qué horas del día está presente.

Si dice que el síntoma es diario, pregunte a qué hora del día se presenta.

Si el síntoma es semanal o menos frecuente, pregunte en cuáles días aparece.

294

Hay dos suposiciones que son útiles en cualquier paciente con una enfermedad crónica:

El paciente está haciendo algo (aun inconscientemente) para agravar los síntomas.

El paciente no está haciendo nada (aun inconscientemente) que aliviaría los síntomas.

295

Haga dos preguntas a pacientes con síntomas crónicos:
¿Qué está *haciendo* Ud. que debería dejar de hacer?
¿Qué *no está haciendo* Ud. que debería estar haciendo?

296

Todas las etiquetas de enfermedades son abstracciones. Solamente el paciente es concreto.

297

Con frecuencia los pacientes toman simultáneamente medicamentos prescritos por varios médicos.

298

Periódicamente haga que algún miembro de la familia o el mismo paciente traiga todos los medicamentos que está tomando.

Con algo de ceremonia tire a la basura cualquier cosa que puede ser eliminada.

299

Los pacientes que reciben dinero por incapacidad rara vez mejoran.

Después del primer año ellos nunca mejoran aunque el dinero que reciban sea menos de lo que podrían ganar trabajando.

300

La enfermedad crónica se vuelve incurable una vez que el médico y el paciente estén de acuerdo en el diagnóstico de la enfermedad.

SEA CUIDADOSO CON LAS ETIQUETAS.

301

Pregunte a sus pacientes qué les dijo el especialista antes que Ud. les diga qué le dijo el especialista a Ud. Esto le ahorrará a Ud. y al paciente mucha confusión y muchas explicaciones repetidas.

302

Imagine que los pacientes inconscientes (incluyendo los anestesiados) oyen, comprenden y recuerdan lo que Ud. diga.

303

Reserve la reanimación para paros cardíacos EVIDENTES.

304

Los cuentos y metáforas son maravillosos instrumentos de enseñanza .

Para ser efectivos, ellos deben estar estrechamente relacionados a la vida y al mundo del paciente:

Historias de golf para golfistas

Historias de reparación de carros para mecánicos

Analogías con computadores para contadores

Juegos de fútbol o basquet para los aficionados

Cuentos de pesca o caza para los que gustan de esto.

305

Algunos pacientes parecen estar diciendo, “Yo quiero que Ud. me ayude, pero no le voy a dejar hacerlo”.

306

Aprenda cómo insertar preguntas difíciles en afirmaciones. En lugar de preguntar, “¿Cuánto whisky toma Ud. por día?” Diga, “Me pregunto, cuánto whisky toma Ud. diariamente.” O, “Pienso, si el whisky tiene algo que ver con su enfermedad.”

El paciente oírán la oración como una pregunta pero no se sentirá amenazado.

307

Cualquier abultamiento encontrado por el mismo paciente es con probabilidad clínicamente más significativo que el encontrado por un médico.

(Una excepción a esta regla es el autodescubrimiento del apéndice xifoides calcificado, algunas veces reportado con pánico como un tumor por hombres de mediana edad).

308

Si un internista palpa un ovario, probablemente el ovario está enfermo.

309

Todos los síntomas recurrentes son disparados por algo. Descubra qué los dispara.

310

En las consultas sucesivas, Ud. puede hacer preguntas sobre temas delicados, que no pudo hacer en la primera consulta.
(Siempre que Ud. logre establecer una buena relación con el paciente en esa primera consulta).

311

Si el paciente toma un medicamento por varios meses, lo hará de por vida, a menos que un médico se lo quite.

312

No salga de la habitación dando la espalda mientras Ud. todavía esté hablando con el paciente.

313

Si Ud. añade una nueva droga al tratamiento, trate de quitar otra.

314

La última frase que el paciente dice cuando Ud. sale de la habitación es muy importante.

315

Resolver un problema diagnóstico en un paciente ya conocido requiere la habilidad para rehacer el plan de trabajo y descubrir qué enfermedades fueron olvidadas al comienzo.

Ud. está buscando algo que no fue hecho o pedido.

Este es un proceso de pensamiento muy diferente al de pensar en las posibilidades diagnósticas cuando está trabajando con un paciente nuevo.

316

En pacientes muy enfermos y sin diagnóstico piense en envenenamiento, sin importar qué impresión tenga Ud. de la familia.

Busque el envenenamiento antes de discutirlo con nadie.

317

Una historia ocupacional cuidadosa y detallada puede ser útil en casos de diagnóstico difícil.

318

Una historia detallada de la dieta puede ser útil en el diagnóstico.

Pregunte detalles de lo que el paciente comió en cada comida en los tres últimos días.

319

No deje escapar estados de desnutrición proteica o deficiencias en la dieta.

La obesidad no los excluye.

320

Descubra quién vive en la casa con el paciente.

321

El aislamiento emocional es patogénico y con frecuencia letal.

322

Esté alerta del abuso de sedantes e hipnóticos especialmente en ancianos.

Síntomas de abstinencia como las convulsiones pueden ser la primera pista.

323

El error de pasar por alto un diagnóstico de demencia en pacientes hospitalizados es común. Esto ocurre porque las evaluaciones del estado mental cognitivo se omiten con frecuencia.

324

En la demencia, la conducta social es la última cosa que se pierde.

Así que no se deje engañar por su presencia.

No toma mucho trabajo cerebral ser agradable, sociable o llevar una conversación divagante pero cortés, o incluso actuar como presidente de una junta.

325

Los pacientes con demencia harán todo lo posible para esconder su desorientación, a expensas de leer las fechas en cartones de leche o periódicos cuando se les prueba la orientación.

326

Un test de orientación en el tiempo debe incluir día, mes y EL AÑO.

La orientación en el tiempo puede estar intacta en todo excepto en EL AÑO.

327

Mire siempre de frente al paciente.

Mantenga un contacto visual que sea cómodo para el paciente.

No clave la vista.

Algunos pacientes toleran muy poco el contacto visual.

Aprenda a observar de reojo.

328

El equilibrio en la vida es esencial. Tenga un pasatiempo o algo que le interese fuera de la medicina.

329

Mientras mayor sea la tecnología mayor es la necesidad de contacto humano.

330

Sus cualidades personales pueden ser terapéuticamente tan importantes como cualquier droga o tratamiento.

331

Pasada la medianoche todos los casos se vuelven clínicamente extraños.

332

Si Ud. ofendiera a alguien sin proponérselo, dígame que lo siente y recuerde:

Al final todo se supera.

333

Piense en enfermedad facticia cuando hay hallazgos raros, especialmente cuando atienda a la esposa de un médico o a cualquier otro trabajador de salud.

334

Los medicamentos tomados por familiares cercanos pueden ser claves para diagnosticar algunas enfermedades facticias. Por ejemplo, insulina, anticoagulantes, digitoxina, quinidina.

335

Sea cauteloso con los pacientes que dicen que tienen hipoglicemia y que nada les sirve.

336

Cuando surja el tema, diga inmediatamente a los pacientes que Ud. no cree en el síndrome de fatiga crónica.

337

Desconfíe de pacientes que dicen que son alérgicos a todo.

338

Desconfíe de pacientes que dicen que no pueden tomar ninguna medicina.

339

Desconfíe de pacientes que hablan mucho.

340

Desconfíe de pacientes que se quejan de “gases” en lugares anatómicamente imposibles.

341

Algunos pacientes psicóticos presentan síntomas corporales. Los síntomas somáticos atribuibles a psicosis tendrán descripciones inusuales y bizarras, tales como agua saliendo de los oídos, o goteando de los dedos o dolor como un cinturón rojo ahorcando el cerebro, y así sucesivamente.

342

PARA ESTUDIANTES MUY AVANZADOS

Pacientes que dicen que ningún droga les alivia el dolor.

Pruebe a hacer esto en pacientes con dolor crónico no diagnosticado que dicen que ningún analgésico los alivia. El paciente debe decirlo con una actitud que sugiere placer al referírsele a Ud. Es esencial que los pacientes hayan visto muchos médicos y que estos hayan fallado.

Repase cuidadosamente una lista de todos los analgésicos no narcóticos que Ud. quisiera prescribir. Haga esto lentamente nombrando cada droga una por una. A medida

que el paciente vaya rechazando cada droga, pregunte detalles de porqué no puede tomarla.

Después de que el paciente haya rechazado todos los analgésicos que Ud. conoce, diga, “Hemos llegado a la conclusión que no hay medicamentos que lo puedan aliviar. ¿Entonces qué hacemos ahora?”

Esta táctica en la primera consulta deja fuera toda conversación sobre analgésicos. Ud. está diciendo implícitamente, “Yo no tengo ningún analgésico para Ud. y que quede esto claro.”

Espere la respuesta y proceda en consecuencia.

343

Ponga atención a los pacientes que dicen que van a morir.

344

La primera indicación de demencia puede ser confusión en la noche.

345

Un despistaje de drogas no chequea todas las drogas conocidas.

346

Conozca la diferencia entre el consentimiento obtenido con información apropiada y el logrado con persuasión

347

Si Ud. hace algo tres veces y no funciona, eso no funcionará.

348

La distancia física y la distancia emocional entre dos personas no son la misma cosa.

349

Hay una mente inconsciente.

350

Es más importante conocer la persona con la enfermedad que conocer la enfermedad.

351

Las masas son palpables o no palpables. No existe tal cosa como “sospecha de una masa”

352

No confunda alteraciones benignas con enfermedades serias y así evite exponer a los pacientes a procedimientos peligrosos e innecesarios.

353

Nunca ignore una observación de una enfermera experimentada.

354

Pacientes con enfermedades neurológicas crónicas siempre mejoran transitoriamente cuando ellos cambian médicos o medicamentos.

355

Nunca salga de la habitación mientras el paciente esté hablando.

356

Escuche cuidadosamente cuando un paciente comienza un comentario con: “Esto puede no ser importante pero...”

357

Un médico que toma un placebo para tratarse a sí mismo ha llegado al punto más bajo de la escala terapéutica.

358

En cada consulta pida a los pacientes que describan:

El color, tamaño y nombre de cada píldora o cápsula....

La hora del día que toman la dosis....

El número de cada píldora o cápsula que toman.

Los pocos minutos que toma oír esto le ahorrará horas de problemas más tarde.

359

Nunca pida a un paciente que le haga un favor.

Cada médico es una droga.

En cada encuentro, las acciones de un médico pueden...

producir efectos colaterales...

mostrar una duración de la acción...

inducir toxicidad...

estar indicadas...

estar contraindicadas...

ser dadas en sobredosis...

ser dadas en subdosis...

ser dadas en el intervalo correcto...

ser dadas en el intervalo incorrecto... o

sobre todo ...

producir un efecto placebo.

Conozca la farmacología de ser un médico.

361

El aliento alcohólico no significa que el paciente es un alcohólico ni que está intoxicado.

362

Los alcohólicos pueden tener otras enfermedades médicas serias.

363

Una respuesta a un placebo no tiene ningún significado diagnóstico.

Específicamente no significa que el paciente esté simulando, o que el dolor no sea real, o que el paciente esté imaginando alguna enfermedad o síntoma.

364

Siempre deje en el diagnóstico un espacio lo suficientemente grande para volverse atrás.

365

No hay sustituto para la observación directa.

366

No hay sustituto para los datos.

367

Mida, mida, mida.
Observe, observe, observe.

368

Si Ud. no puede medirlo, no puede tratarlo con drogas.

369

La perfección humana es una paradoja.

370

El nivel y la intensidad de la atención determinan las características de la relación médico-paciente.

Lo que sería paternalismo y una conducta dominante en el cuidado del paciente ambulatorio puede ser el cuidado apropiado en una emergencia.

Ningún paciente en su sano juicio quiere tener autonomía en una emergencia o unidad de cuidado crítico.

La autonomía personal regresa con la recuperación de una enfermedad que amenaza la vida.

371

La mejor prevención de problemas por mala práctica es tener una buena relación con el paciente y completa honestidad.

372

Hay tres etapas del deterioro del médico:

En la primera, el médico determina los niveles de vitamina B₁₂ y da la vitamina solamente a pacientes con una deficiencia documentada.

En la segunda, el médico comienza a darla a pacientes cansados y quejumbrosos tengan o no déficit de vitamina B₁₂.

En la tercera y final, el médico mismo toma la vitamina.

373

Desconfíe de pacientes que tienen múltiples intervenciones quirúrgicas.

374

Las preguntas generales producen respuestas informativas.

“Dígame qué tal respira Ud.”

Las preguntas específicas producen información limitada y sólo respuestas de sí o no.

“¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?”

375

Lea “*Language in Thought and Action*” de S.I and A.R Hayakawa (5th ed. San Diego, Harcourt Brace Jovanovich, 1991).

376

No ignore en los ancianos las pérdidas naturales como: disminución de la audición, pérdida del apetito, pérdida de la visión, dificultad para dormir, irregularidad en los hábitos intestinales. Sea sensible a ellas.

Y sea sensible a sus necesidades psicológicas y síntomas como: soledad, depresión, temor de ser una carga, temor de morir, pérdida de la pareja, pérdida de amigos, debilidad.

377

Desconfíe de pacientes quienes traen equipaje a una consulta o emergencia.

378

Cualquier conducta que es ignorada se extinguirá por sí misma.

379

Un mapa de un territorio no es lo mismo que el territorio. No confunda un modelo con la realidad.

380

En medicina, cualquier cosa que pueda suceder, sucederá.

381

Ocasionalmente Ud. puede desarmar a un paciente difícil con un cumplido y hacer de él un aliado.

382

La curiosidad no es una indicación para hacer pruebas diagnósticas. La curiosidad mata no solo gatos sino la exactitud diagnóstica.

383

Muchos pacientes no cambian. Ellos sólo cambian de médicos.

384

Úselo o piérdalo.

Esta regla se aplica a todas las partes del cuerpo.

385

El apéndice está donde el cirujano lo encuentra.

386

El paciente que reza durante el examen está probablemente muy enfermo.

387

Cuando hable con un grupo grande de familiares todos más o menos de la misma edad de un paciente anciano, Ud. descubrirá que el familiar de apariencia diferente es la nueva esposa.

Ella siempre permanece separada del grupo.

388

Cualquier procedimiento toma más tiempo del que el cirujano dice que tomará.

389

Una llamada de la enfermera durante la noche es una súplica por ayuda.
Siempre se debería dar esa ayuda

390

Hay un viejo dicho en cirugía que dice: “la hemorragia siempre se detiene”. Sin embargo, se necesita un verdadero cirujano para detener cualquier tipo de hemorragia.

391

Un consultante es, por encima de todo, un maestro.

392

Un síntoma es un boleto que el paciente piensa que ha tomado para verlo a Ud.

Busque detrás de los síntomas la verdadera razón por la cual el paciente viene a verlo.

393

Evite decir a la gente que está envejeciendo: “No emprenda planes a largo plazo”.

394

No apure la muerte.
No la prolongue innecesariamente.

395

La cirugía en el dolor abdominal crónico mal estudiado siempre resultará en dolor abdominal permanente

396

Los pacientes con frecuencia no toman los medicamentos tal como se los prescriben.

397

No importa cuánto tiempo ha pasado en la habitación de un paciente explicando la situación, tan pronto como Ud. comience a salir, la familia preguntará algo más.

398

No cometa el error de aceptar la primera alteración encontrada como la causa para los síntomas del paciente.

399

Los buenos médicos son como los buenos entrenadores.
Ellos permanecen en la bancada.
Ellos nunca intervienen en el juego.

400

La psicoterapia es algunas veces como montar bien un caballo entrenado por un camino conocido rumbo a un destino bien conocido.
La suavidad de presión sobre las riendas mantiene el caballo en la vía.
Solo rara vez es necesario tirarlas.

401

Para la mayoría de estados emocionales internos hay una representación externa visible y audible en la cara, cuerpo, y/o voz.
El médico ingenioso aprende a ver y oír esto.

402

Por razones desconocidas, algunos pacientes tienen una tendencia a insertar todo tipo de objetos extraños en sus orificios.

Los niños, en la parte superior del cuerpo... oídos, nariz, boca, y tráquea.

Los adultos, en la parte inferior del cuerpo...vagina, ano, uretra.

403

La mente ve y oye diferencias fácilmente. Se necesita concentración y esfuerzo para ver y oír similitudes.

Hay varias clases de lo que se llama “incumplimiento”

Primero, hay pacientes que no toman los medicamentos prescritos porque no comprenden las instrucciones.

Aprenda a comunicarse en su lenguaje.

Segundo, hay pacientes que no toman las drogas recomendadas porque ellos no creen en su opinión.

Aprenda a fomentar confianza y respeto.

Tercero, hay pacientes que no toman sus drogas porque les hacen sentir mal..

Aprenda a oír a esta gente. Ellos a menudo están en lo cierto.

Cuando cree que lo ha visto todo, Ud. encontrará una conducta nueva increíble.

No hay límite para lo extraño de la conducta humana.

406

Aprenda a dibujar el árbol genealógico de tres generaciones atrás.

Haga esto con cada paciente nuevo.

Busque patrones y similitudes.

407

Mucha gente confunde los términos “expectativa de vida” con “duración de la vida humana”.

Conozca la diferencia.

408

Nunca se refiera a los pacientes con términos peyorativos como “loco”, “tostado”, “chiflado”, “tonto” o “fastidioso”.

Eso solo revela su incapacidad para comprender el mundo de la otra persona.

409

Ninguna droga puede ser considerada completamente inútil en la esclerodermia, hasta que haya sido ensayada y demostrado que no es efectiva en pacientes con dicha enfermedad.

410

Lea “*Worried Sick*” de Arthur J. Barsky (Boston, Little Brown and Company, 1988)

411

Los “límites normales” no son verdades absolutas. Sólo son términos derivados y definidos estadísticamente.

Recuerde, por lo menos 2.5% del público vive vidas largas y sanas bastante por arriba de los límites superiores de cualquier test.

También recuerde, por lo menos 2.5% del público vive vidas largas y sanas bastante por debajo de los límites inferiores de cualquier test.

Todos tienen que estar en algún lugar.

412

Se dice que Esculapio pasó la mayor parte del tiempo en mantener separadas a sus dos hijas peleonas. Una era Hygeia, la diosa de la prevención. La otra era Panacea, la diosa de la curación.

413

La magnitud de la conmoción visible por la muerte de un amigo o miembro de la familia es inversamente proporcional a la cantidad de amor y afecto genuinos mostrados en vida.

414

Lea "*The Structure of a Scientific Revolution*" de Thomas S. Kuhn (2nd Ed. Chicago, University of Chicago Press, 1970)

415

Mientras menor sea la frecuencia de administración de un medicamento, mayor será la probabilidad de que el paciente cumpla cada dosis prescrita.

416

Desconfíe de pacientes hospitalizadas que llevan pantuflas plateadas.

Cuídese de aquellas con pantuflas doradas.

417

El lenguaje es la herramienta más importante que tiene el médico. Aprenda a respetarlo y a usarlo sabiamente.

418

Si un paciente le está mintiendo abiertamente, recuerde:

La mentira se dirige generalmente al “doctor,” no a Ud. como persona.

Ese hecho, así como, la mentira son importantes síntomas médicos.

Ninguna mentira del paciente debería ser tomada en contra del paciente o hacerlo enojar a Ud.

419

Si un paciente hospitalizado no quiere más gelatina roja, suspéndala.

420

Hay tres clases de preguntas en el juicio clínico:

La pregunta diagnóstica: ¿Qué está mal?

La pregunta terapéutica: ¿Qué se puede hacer al respecto?

La pregunta ética: ¿Qué se debería hacer al respecto?

421

Ud. no puede diagnosticar lo que no está en su diagnóstico diferencial.

422

Los cuatro componentes fundamentales del buen juicio clínico son:

Inteligencia

Conocimiento

Experiencia

Continuo análisis crítico de los resultados.

423

Lea “*The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*” de Eric Castell (New York, Oxford University Press, 1991)

424

Es generalmente el segundo error en respuesta al primer error lo que hace ingresar al paciente.

425

Cada época tiene su equivalente al síndrome de fatiga crónica:

el corazón del soldado en la Primera Guerra Mundial;
la neurastenia en los años veinte;
la hipoglicemia reactiva en los años treinta y cuarenta, y de nuevo en los setenta;
la brucelosis crónica en los años cuarenta y cincuenta;
y luego hubo úteros retrovertidos y riñones caídos y las siempre presentes y populares hernias hiatales.

Debemos simplemente aceptarlo.

Las enfermedades médicas no pueden explicar toda la miseria humana.

Siempre habrá un grupo de pacientes que no se sientan bien, se cansen fácilmente, y necesiten mucho reposo.

Recuerde, todos tienen que tener algo.

Si quiere contribuir con 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:

.....
.....