

# RETISTA CUBANA DE MEDICINA

Acogida a la franquicia postal como correspondencia  
de segunda clase en la  
Administración

VOLUMEN 5 - No. 6

CIRCULACION: 3,000 EJEMPLARES  
de Correos de la Habana.

DICIEMBRE 31, 1966

LA HABANA

Rev. Cub. Med. 5: 641-672. Nov.-Dic. 1966

## *Mesa redonda*<sup>(2)</sup>

### *Iatrogenia y terapéutica innecesaria*

*Moderador:*

Dr. MARTÍN A. LANDA BACALLAO<sup>\*\*\*</sup>)

*Panelistas:*

Dres: DIEGO FERNÁNDEZ  
ALFARO,<sup>\*\*\*</sup>) LUIS PASCUAL  
GISPERT,<sup>(1)</sup> HÉCTOR WILTZ  
LANCÍ,<sup>(\*\*\*\*)</sup> OTHON MADARIAGA  
ESCOBAR <sup>(\*\*\*\*\*)</sup> RAÚL SEÑOR DÍAZ<sup>(2)</sup>  
\*\*\*\*\*) JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA  
(3 \*\*\*\*\* >

**Moderador,** Dr. Martín Landa Bacallao : La calidad de los hospitales depende en gran proporción de la capacidad científica de sus integrantes, traducida en administración de salud, expresada en términos de salud pública, que ellos puedan dar.

1 Internista, Jefe de Servicio de la Quinta de Dependientes, Calzada de Jesús del del Monte 130, Habana, Cuba.

2 Celebrada en la Quinta de Dependientes, en su Sesión Científica mensual del día 14 de abril de 1966.

3 Internista, Jefe del Departamento de Medicina y del Servicio de Medicina Interna de la Quinta de Dependientes, Calzada de Jesús del Monte 130, Habana, Cuba.

(3 \*\*\*\*\*) Dermatólogo de la Quinta de Dependientes, Calzada de Jesús del Monte 130, Habana, Cuba.

(\*\*\*\*) Psiquiatra, Jefe de Servicio de la Quinta de Dependientes, Calzada de Jesús del Monte 130, Habana, Cuba.

(\*\*\*\*\*) Gastroenterólogo de la Quinta de Dependientes, Calzada de Jesús del Monte 130, Habana, Cuba.

(\*\*\*\*\*) Cardiólogo, Jefe de Servicio de la Quinta de Dependientes, Calzada de Jesús del Monte 130, Habana, Cuba.

Constituyen las reuniones científicas de sus cuerpos facultativos, dentro de sus múltiples formas, una de las principales para la superación científica de cada uno de sus integrantes; redundando, no cabe duda, como así es en los hechos, en una mejor atención de los pacientes.

El ser humano viene a nosotros a ninguna otra cosa que, a buscar salud, entendiendo como tal, un bienestar físico y un bienestar mental o espiritual. Para el logro máximo de su aspiración, constituye entre otras formas, repito, estas reuniones, una de las maneras de contribuir a la superación de cada uno de nosotros en nuestras funciones de dar salud cabal y apropiadamente.

Dentro del ejercicio de nuestra profesión, si acaso pudiere existir algo que requiera mayor responsabilidad, es que no hagamos daño al paciente cuando diagnosticamos o hacemos una prescripción terapéutica. Esto no es irruvo, ya que recoge un viejo aforismo que expresaba: “Primum non no sere” —“Primero, no hacer daño”.

Estas reuniones científicas, generalmente estábamos acostumbrados a darlas, para el enfoque diagnóstico o etiológico de determinada entidad. Como todos sabemos, constituyen sus causas, unas veces de origen traumático; otras veces infeccioso; otras veces tóxico; otras veces por afecciones de glándulas endocrinas, por ejemplo; y ese era el enfoque general.

Esta mañana, nos reunimos para estudiar, no las enfermedades de causa tóxica, de causa infecciosa, de causa traumática, etc., sino aquellas que nosotros los médicos producimos. Vale expresar, como se recoge en el título de esta Mesa Redonda, “Iatrogenia”, más propiamente hablando, ya que etimológicamente, Iatrogenia puede traducirse, o expresa, “producido por el médico”, podría intitularse esta mesa: “La Patología Iatrogénica”; es decir, va a considerar esta mesa, las enfermedades que el médico general gesta, las enfermedades que el médico complica, las enfermedades que por causas distintas que los compañeros analizarán, la enfermedad demora en su diagnóstico, redundando esto generalmente en una mayor evolución de la enfermedad. A eso se ha de concretar fundamentalmente en la mañana de hoy, esta mesa; y, si tenemos tiempo — como así aspiramos— no cabe duda que entrará a considerarse en función iatrogénica

también, fundamentalmente, aquellas terapéuticas innecesarias que algunas veces administramos.

Las causas de las iatrogenias de estas enfermedades, complicaciones o demoras en la evolución de una afección, pueden producirse desde el primer contacto del enfermo, en la confección de la historia clínica, en una interpretación errónea del diagnóstico, ya sea éste de tipo etiológico o de cualquiera otra de sus variantes y especial y fundamentalmente, en el orden terapéutico. Es así como se gestan este tipo de afecciones que vamos a considerar muy elementalmente, en forma superficial, en la mañana de hoy.

¿Cómo es que actúan o se generan estas cuestiones? Sencillamente se tienen que enumerar y no entrar a considerar con ejemplos objetivos en cada caso. Se actúa por ignorancia, por negligencia, por uso indebido de recursos terapéuticos y muchas causas más, donde el médico, en una forma u otra, incurre con sus acciones a producir este tipo de enfermedad.

¿Tiene importancia para inaugurar en la etapa revolucionaria de esta Institución, estas sesiones científicas, que consideremos el tema que nos ocupa en la mañana de hoy? Baste sencillamente recordar que no hay evento científico médico especializado o general en el mundo o nacionalmente, que no toque entre uno de sus capítulos principales éste que en la mañana de hoy nos convoca a nosotros. Podemos recordar que el VIII Congreso Internacional de Medicina Interna, celebrado en Buenos Aires, en noviembre de 1964, figura, en lugar sobresaliente de la temática oficial que al efecto se convoca, la “Iatrogenia”, a la cual dedican todo un día, en sesiones de mañana y tarde, para considerar nada menos que 34 relatos y 41

comunicaciones. ¿Para qué? Para tratar entre los médicos que concurrieron al Congreso éste que aludo, nada menos que aquellas enfermedades producidas o gestadas por la acción del médico. Claro está, a nadie escapa, que si en un Congreso Internacional se dedica mañana y tarde y van tantos relatos y comunicaciones, en muchas horas de ese día y en muchas comisiones de trabajo, no se ha de aspirar, ni es su propósito, ni es tanta la ambición, que esta mesa pueda abarcar todos los aspectos que puedan considerarse con el título con que se convoca.

Los compañeros que integran este panel o esta mesa redonda, solamente —permítanme la expresión— darán una “clarinada” sobre aquellos aspectos más fundamentales que merecen ser considerados en este ya tan extenso capítulo de nuestra Medicina, como es la Iatrogenia.

El progreso de la Medicina es rapidísimo; no tan solo en cuanto a los medios auxiliares del diagnóstico, sino en cuanto a las medidas terapéuticas nuevas, de eficacia, útil, que salen cada día para consumo o uso de los compañeros médicos; por eso es que se hace cada día más necesario considerar estas cuestiones; considerar estas cuestiones, para que disminuyan lo más posible, todas estas afecciones donde podamos nosotros contribuir a producirlas en alguna forma. ¿Es posible eliminar totalmente, frente a este progreso y avance extraordinario de la ciencia médica, por siempre y para siempre, las acciones iatrogénicas? Utópico se nos ocurre plantearlo, si contestamos afirmativamente.

El objetivo de esta mesa será ver cómo es posible que aquellas cosas más elementales y más frecuentes en que incurramos, se puedan eliminar del ejercicio diario de nuestra profesión, en beneficio fundamental de nuestros enfermos.

Y, sin ninguna otra cosa más que decir, como breve introducción a esta Mesa Redonda, vamos a pasar a cada uno de los compañeros la palabra, para que nos objetivasen con ejemplos concretos tomados del ejercicio de su profesión, aquellas cosas que más han observado ellos, que más los han sorprendido o que con mayor frecuencia ellos constatan; y, para iniciar esta narración, que a todos ruego no inviertan más de cinco minutos, a fin de poder cubrir la programación que se trae, tiene la palabra, el Internista, Dr. Diego Fernández Alfaro:

DIJ. DIEGO FERNÁNDEZ ALFARO:

Entre las iatrogenias que con más frecuencia hemos observado en nuestra práctica profesional, encontramos las siguientes:

El prescribir una dieta cualitativa y restrictiva a un diabético, en vez de una dieta cuantitativa y amplia. El limitar la actividad habitual de este paciente, por el mero hecho de *ser* un diabético; el prohibir un ejercicio — cuando lo está haciendo o lo desea—, eliminando así un estímulo para su vida; el prohibir el ser intervenido quirúrgicamente, por ser solamente un diabético; el hacer pancreatectomías amplias, produciendo una diabetes iatrogénica; el prohibir el uso de la vacunación, eliminando con ello la posibilidad de una garantía para su salud; el prohibir que ingiera bebidas alcohólicas en cantidades usuales; el que no tome café; el que no fume; el que no haga uso de la sal común o de cocina, eliminando con eso una serie de estímulos para la vida de aquel paciente, que la hacen un poco más difícil y mucho más,

cuando se le proscribiera una dieta cualitativa o restrictiva, provocando en el paciente ansiedad reactiva, en otras ocasiones una ansiedad neurótica, cuando el paciente presentaba un potencial neurótico y no digamos los que eran neuróticos ya.

El no enseñar al diabético la educación que debe tener él, en relación con su enfermedad, pues es la única forma de obtener un paciente disciplinado, que no haga abandono de su tratamiento, con el riesgo de complicaciones severas, graves o mortales; el no enseñarle el manejo de la jeringuilla de Insulina, para que sepa medir la dosis de Insulina y no incurra en errores por exceso o defecto, provocando una iatrogenia medicamentosa; el no enseñarle a inyectarse, no estando por lo tanto al abrigo de que se produzca lipodistrofia: el decirle a un diabético que la Insulina le hace daño a la vista y al corazón, como lo hacen algunos médicos; el decirle a una mujer diabética embarazada, que puede tener un hijo, un feto, muerto o deforme o diabético; el mantener a un obeso; aunque esté normoglicémico y aglucosúrico, con su obesidad, porque está planteado que la obesidad hace daño vascular; el provocar con la dosis terapéutica antidiabética, fenómenos hipoglicémicos recurrentes o recidivantes, considerándose hoy como una complicación, debido a que está demostrado que hace daño vascular; amén de que además produce una incapacidad prácticamente para realizar las labores habituales; el usar productos terapéuticos antidiabéticos, cuando con una dieta bien regulada es suficiente para mantener el control de ese diabético; el no conocer que hasta un 20% de los diabéticos, pueden tener una glicemia normal en ayunas y considerar a un diabético como “no diabético” porque tenga una glicemia normal en ayunas; el no saber que un 20% de los diabéticos está

asociado a una diabetes renal, diabetes inocente o glucosuria renal y, si se hace la dosificación de la Insulina y el control de la diabetes por el Benedict, vamos a estar usando dosis excesivas de Insulina y provocando reacciones hipoglicémicas recurrentes o recidivantes, con los danos y perjuicios que hemos dicho anteriormente; el desconocer el fenómeno de la insulinación, permitiendo entonces al médico, por desconocimiento, usar dosis progresivas de Insulina, provocando también los fenómenos hipoglicémicos que, como dije y recalco, es una complicación; el decirle a un diabético con un foco supurativo que tiene hiperglicemia, que hasta que tenga el azúcar normal, no se puede operar; cuando evacuando el pus, la glicemia baja; el decirle —como pasa con una tremenda frecuencia—: “cuando usted se sienta con el azúcar alta, aumente la dosis de Insulina”; asimismo, “cuando se sienta con el azúcar baja, disminuya la dosis de Insulina, cuando tenga la glicemia normal, no se ponga la “Insulina”, como si la diabetes fuera curable. Esto provoca la siguiente tremenda iatrogenia; que transforma un diabético benigno y estable, en un diabético severo, grave e inestable.

Y, por último, diremos que las microangiopatías diabéticas y la resistencia a la Insulina, que son iatrogenias, en el Congreso que aludía el compañero Dr. Landa, se planteó que no fueran consideradas como tales, ya que no son debidas a una verdadera acción del médico, sino a unas reacciones que presentaba propiamente la Insulina y que el uso de la misma era indispensable; sin embargo, es criterio personal que cuando el médico usa la Insulina en dosis indebidas o cuando usa la Insulina sin necesitarla, porque con una dieta bien regulada puede controlar la diabetes en su paciente, sí constituye una

iatrogenia. Existen una serie de productos farmacéuticos que producen alteraciones en la sangre, dando lugar a las llamadas hemopatías iatrogénicas, entre ellas tenemos fundamentalmente, las sustancias citolíticas o citotóxicas; tenemos las sustancias radiactivas, el radium y la radioterapia; tenemos el uso de la Mesantoína en el tratamiento de la epilepsia, provocando reacciones hiperplásticas e hipertróficas del sistema linfático, que a veces son muy difíciles de diferenciar con una leucemia o con un linfoma; el uso de los noresteroides para prevenir el embarazo, provocando enfermedades tromboembólicas; el uso de los anticoagulantes y sustancias fibrinolíticas; el uso de los antibióticos, produciendo leucocitosis, neutrofilia, eosinofilia, anemias carenciales, anemias por mielotisis y mielotosis; el riesgo por uso parenteral del hierro, provocando procesos reaccionales locales que se han demostrado experimentalmente, que llegan a producir tumores; el uso de dosis de hierro tanto por vía oral como por vía intramuscular o por vía endovenosa, pudiendo llegar a provocar hemosiderosis y hemocromatosis. Existen también un gran número de sustancias, de productos farmacéuticos, que producen alteraciones funcionales y tisulares del riñón; es decir, que provocan nefropatías iatrogénicas, entre ellas tenemos fundamentalmente el grupo de los metales pesados, las sulfamidas, los antibióticos, los diuréticos no mercuriales, tenemos también a los úricos eliminadores, el uso excesivo de los alcalinos y de la Vitamina D, produciendo una nefrocalcinosis e insuficiencias renales con uremia, el uso de la radioterapia y de los anticoagulantes, también producen esas nefropatías tóxicas ciertos analgésicos, fundamentalmente la fenacetina; el uso del sulfato de magnesia y la aminofilina,

tan socorridos en el tratamiento de la insuficiencia renal, lo que hace es crear más congestión y complicar la insuficiencia renal; el uso innecesario del suero de la vena renal de la cabra y de la escilarina en el tratamiento de las insuficiencias renales y, por último, las dos causas más frecuentes en todas partes del mundo, que provocan insuficiencia renal aguda, como es el aborto séptico y las reacciones transfusionales por una selección indebida de la sangre.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Tiene la palabra el Dr. Raúl Señor Díaz, cardiólogo de esta Institución, para que en breve síntesis, nos diga algo en términos generales sobre este tema dentro de su especialidad.

DR. RAÚL SEÑOR DÍAZ:

Nosotros nos vamos a referir principalmente a las llamadas neurosis cardíacas o a estas afecciones que nosotros podemos influir desfavorablemente con nuestra acción.

El concepto de iatrogenia del corazón, con relación a estas afecciones, expresa la culpabilidad del médico en la iniciación de la neurosis cardíaca; sin embargo, hay que estar atento a la frecuencia con que en muchos pacientes el miedo excesivo y sus convicciones concernientes a su enfermedad del corazón, ocurrieron antes de que hubieran estado en contacto con un médico. No tenemos la intención de justificar al médico; pero nosotros creemos que es importante reconocer que la fuente de la neurosis cardíaca descansa principalmente en la personalidad de los pacientes y no en la personalidad de los médicos. El médico a menudo es responsable de serios errores en el diagnóstico y tratamiento de algunos pacientes, como por ejemplo: un paciente que presenta dolor

intenso en el pecho, puede hacerle el diagnóstico de angina de pecho o inclusive infarto del miocardio, cuando no está presente ninguna enfermedad del corazón.

Cuando tratamos a un paciente, tenemos que tener en cuenta lo que decimos, cómo lo decimos y lo que hacemos, cómo lo hacemos, porque una palabra imprudente, un gesto de desaliento, una explicación mal interpretada, puede dar lugar a una serie de dudas y cavilaciones que destruyen la confianza del enfermo y la tranquilidad familiar.

Tomemos por ejemplo el caso de un adolescente, el cual es portador de un soplo sistólico inocente, no patológico. Nosotros hemos visto casos como niños de edad escolar, que a través de un examen físico rutinario, descubrimos un soplo sistólico funcional que tiene sus caracteres particulares. Lo que hacemos por lo general es anotarlo en la historia clínica, sin siquiera mencionarlo a los familiares. Sin embargo, esto a veces no sucede así, pues este soplo funcional, no patológico, puede ser interpretado por el médico como secuela de una cardiopatía reumática e imponerle al niño un tratamiento antiirreuníatico, dando lugar a la intranquilidad familiar. Por otra parte, este mismo soplo escuchado por otros médicos deseosos de mostrar la fineza de su oído, lo mencionan a los familiares, para después tratar de restarle importancia al mismo; pero ya ha abierto un camino de dudas muy difícil de disipar.

El primer caso no es más que el ejemplo de un error médico y el segundo caso se debe a la carencia de ciertas cualidades de discreción y equilibrio.

Y así; nosotros podemos provocar iatrogenia a través de la interpretación de los síntomas; de los hallazgos del examen físico; del diagnóstico, etc., con muchísima más frecuencia la podemos provocar a través del

tratamiento, puesto que existen numerosos medicamentos en cardiología, que dan lugar a una serie de acciones secundarias que, unas veces dependen del fármaco en sí y otras de la particular susceptibilidad de cada paciente.

En resumen, el concepto de iatrogenia del corazón está basado en cuatro puntos principales:

*Primero*: El médico realmente le informa al paciente directa o indirectamente que una ligera enfermedad del corazón está presente.

*Segundo*: Que esa sugestión es la causa precipitante de la neurosis cardíaca.

*Tercero*: En la neurosis cardíaca, la ansiedad es debida al miedo excesivo a la enfermedad del corazón.

*Cuarto*: Que lo que el paciente busca y necesita es asegurar que su corazón está completamente sano.

Por lo tanto, lo que nosotros debemos hacer es analizar básicamente lo que es verdaderamente erróneo y evitar inducir o agravar una ansiedad en cualquier persona, esté o no libre de disturbios emocionales.

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO: ¿Qué podría decirnos el gastroenterólogo, Dr. Othón Madariaga, del tema que nos ocupa, dentro de su especialidad?

DR. OTHÓN MADARIAGA ESCOBAR:

En gastroenterología, las iatrogenias evitables se pueden producir a todo lo largo de la relación médico-paciente: se puede producir durante la anamnesis, durante el examen físico, durante la interpretación de las exploraciones radiológicas, durante la exploración de los exámenes de laboratorio clínico, durante las exploraciones instrumentales especiales, se pueden producir

también durante el tratamiento medicamentoso, durante el tratamiento dietético, durante el tratamiento instrumental y durante el tratamiento quirúrgico.

Yo les voy a hablar de las dos primeras y de las cuatro últimas, porque son iatrogenias que el gastroenterólogo puede evitar; pero en las tres intermedias, ya la iatrogenia viene fabricada de afuera y el gastroenterólogo tiene que aceptarla y tratarla. Les voy a poner un ejemplo: Existe en La Habana un radiólogo de mucha clientela, que tiene la mala costumbre de que cuando ve un ensanchamiento duodenal, —fíjense bien, “ensanchamiento”, no aplastamiento ni desplazamiento— le pone esta coletilla al informe “Debe estudiarse patología pancreática”. Ese enfermo llega al gastroenterólogo, sabiendo que tiene páncreas y que el páncreas se puede enfermar y llega el enfermo dirigiendo sus trastornos a un órgano que no tiene nada que ver con la enfermedad actual.

Otro motivo también de iatrogenia que nos llega fabricada a nosotros, son las iatrogenias producidas por pruebas hepáticas de floculación; sobre todo, cuando indican una sola crucesita en una de las tres o cuatro pruebas que constituyen la batería de exploración. Las pruebas hepáticas de exploración son muy útiles, porque son fáciles y nos detectan hepatopatías, pero no son pruebas exclusivas del hígado; y mucho menos, cuando el número de cruces es muy pequeño; ustedes saben que el desequilibrio de las proteínas, a expensa de las globulinas, es lo que da lugar a la positividad de estas pruebas y quizás muchas veces queden estados residuales inmunitarios con una crucesita: entonces nos llega el enfermo con la preocupación de su cirrosis o de su hepatitis y nosotros tenemos que luchar contra éso; entonces el enfermo se pone a perseguir esa

crucesita y nos vuelve locos a nosotros y vuelve loco al laboratorista y a sus familiares. Yo creo que debía existir una comisión que estudiara eso y regulara cuándo y cómo deben expresarse las positivas débiles en las pruebas hepáticas de floculación.

Hay otro motivo de iatrogenia, que llega ya fabricado al gastroenterólogo: en los drenajes biliares diagnósticos. Con frecuencia nos llega un informe que dice: “Vesícula excluida” y nosotros tenemos de cinco días anteriores una colecistografía “normal”. ¿Por qué ocurre eso? Porque el informante no puede hablar ni debe hablar de vesícula excluida; él tiene que hablar de lo que él ve; bilis B existe o no existe, y limitarse a eso, porque la bilis B puede no existir, no estando la vesícula excluida, porque hay un espasmo pilórico, un espasmo del esfínter de Oddi o, simplemente, porque la sonda —siempre estos drenajes se hacen sin control radioscópico—, haya quedado muy abajo y ya cuando llega la bilis B al tubo de drenaje, llega desluída y el técnico no la encuentra en el tubo cuando la recoge con la jeringuilla.

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO: Es posible que los psiquiatras sean testigos de excepción de numerosas iatrogenias. ¿Puede el compañero Dr. Héctor Wiltz decirnos algo a este respecto?

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

Estamos acostumbrados a ver las siguientes iatrogenias: Nos referiremos primero de una manera rápida, porque no es lo más importante para ustedes, a los psiquiatras: Se ha dicho por *Letamendi*, que “el médico que sólo sabe Medicina, ni Medicina sabe si quiera”; yo, parodiando, digo que el psiquiatra que solo sabe Psiquiatría, ni Psiquiatría sabe si quiera; por lo tanto, la principal iatrogenia

del psiquiatra es su divorcio de la medicina interna; cuando se encuentra síndromes, muchos de ellos de tipo neurológico típicos y los trata como si fuera histeria, perdiendo un tiempo precioso para la villa del paciente. La otra fuente fundamental de iatrogenias en psiquiatría es el dogmatismo; dogmatismo, por ejemplo, para una escuela psicológica, digamos la Escuela Psicoanalítica Freudiana; cuantas veces hemos visto pacientes que llegan desconcertados a la consulta, porque un psiquiatra les dijo que su única oportunidad de curación era un tratamiento psicoanalítico prolongado, que llevaba una hora diaria cinco veces a la semana, durante año y medio y que costaba varios miles de pesos; han de comprender la situación que se le presenta a un paciente que sólo excepcionalmente, pudiera someterse a este tipo de terapéutica.

Otro tipo de dogmatismo que produce grandes daños en psiquiatría, es el dogmatismo religioso y ustedes también han de comprender qué significa para una paciente, por ejemplo, que hubiera tenido una tremenda frustración matrimonial y que tiene ante sí la posibilidad de un nuevo matrimonio, como fuente de sublimaciones, que el psiquiatra le dijera que con tal cosa iría al infierno, condenándola irremisiblemente al infierno de la tierra, que es el verdadero y el objetivo, en aras de evitar un infierno hipotético, que nadie ha demostrado que exista.

Otro tipo de dogmatismo que pudiera crear dificultades, es el dogmatismo político, en todos los aspectos, en el ejercicio de la profesión; sin embargo, los tipos de iatrogenia psiquiátrica más importantes; sobre todo para ustedes, son los de los casos de los no psiquiatras. Hay dos fuentes fundamentales de iatrogenia; el desconocimiento o la

ignorancia y la inmoralidad. Desde el punto de vista de la ignorancia en el médico no psiquiatra, —la ignorancia me refiero a principios fundamentales de la psiquiatría, que el médico no psiquiatra tiene que conocer—, pues lleva a veces a un organicismo exagerado; quiere decir, que casos que tienen síntomas somáticos, manifestaciones de una entidad psiquiátrica, ropajes, por así decirlo, de problemas neuróticos, con un organicismo exagerado, el médico hace una investigación y otra, buscando un virus, buscando una bacteria, buscando un tumor; haciendo que se organice más la sintomatología del paciente e inclusive fijando tendencias hipocondríacas y creando situaciones de gran iatrogenia para el paciente.

Otro tipo de iatrogenia a que lleva la ignorancia del médico en problemas psiquiátricos, es el rechazo de los problemas psiquiátricos, el rechazo del enfermo psiquiátrico y para que ustedes comprendan esto, que es muy importante, voy a objetivizarlo: hace pocos días, llega un caso al cuerpo de guardia y es visto por un médico "X", le dicen los familiares del caso, que en otra oportunidad ha estado enfermo de los nervios, que inclusive ha estado ingresado en salas psiquiátricas; qué es lo que ha hecho ese médico, lo manda directamente a la sala de Psiquiatría; el caso lo que tenía era un vientre agudo; por suerte para el caso, en ese momento estábamos en la Sala, lo vimos, en esa mañana daba consulta el Dr. Alfaro; se lo remitimos, el Dr. Alfaro inmediatamente lo envió al cirujano y fue operado de una apendicitis perforada y se salvó el caso; pero se hizo una gran iatrogenia por considerar que, porque había sido en una oportunidad un enfermo mental, pues, tenía que ser un enfermo mental y no un vientre agudo, que era lo que tenía. Este tipo de re

chazo hace que el médico, frente a un problema psiquiátrico, se lave las manos e inmediatamente lo mande para el Departamento de Psiquiatría, sin preocuparse que la patología orgánica también puede ocurrir en un psicótico y en un ex-psicótico.

Otras iatrogenias en el curso de nuestra especialidad, son cuando no se hace una verdadera búsqueda, un verdadero pesquisaje del riesgo de suicidio. Esto es una cosa de una importancia extraordinaria; a la muerte por suicidio no se le ha dado todavía la importancia que tiene, se habla de las muertes súbitas de los infartos masivos, se habla de la muerte súbita, digamos, del edema del pulmón, etc.; pero no se habla de la muerte por suicidio y yo puedo decirles que recientemente he revisado las estadísticas que, por ejemplo, en las ciudades de las que se tienen estadísticas, que más promedio de suicidios hay, es en Berlín Occidental, el 33.0 de las muertes por cien mil, es muerte por suicidio; el país que más suicidios tiene, que es el Japón, tiene 24.1 por cada cien mil y el país que menos tiene, que es Irlanda, tiene 2.6 por cada cien mil muertes, por suicidio; en Cuba, yo desconozco la estadística, por tanto no digo el porcentaje; pero lo que si quiero alertarlos, es con respecto a la importancia de este problema.

Quiero decir sintéticamente, que frente al riesgo de suicidio, hay una terapéutica que es anillo al dedo y esa terapéutica es el electroshock; señalo ésto, para inmediatamente objetivizarlo con un ejemplo: hace poco tiempo, ingresó en mi Sala un caso que fue suicida fruste, porque lo cogieron a tiempo, se había tratado de ahorcar. Cuando empecé a hacer la historia clínica, los familiares me refirieron que habían visitado un Internista tiempo antes y le habían referido al Internista un cuadro depresivo

típico, señalando sus ideas de suicidarse y que el Internista les había dicho que primero que nada había que investigar si tenía parásitos, habiéndole mandado un análisis de heces fecales, después cayó el caso en la Sala, ya consumado el hecho. Otro caso, para que ustedes vean, ingresado en otra Sala que hubo de vernos a nosotros, señalamos en seguida que debía tratarse con electroshock y ni el caso ni los familiares se opusieron; al llegar a su Sala de origen, el médico de la Sala dijo que como tenía la presión un poco alta, debía esperar, que mejor hiciera un plan en su casa; a los tres días regresó la “viuda” a vernos, porque se había ahorcado en su casa; por lo tanto, para señalar y evitar iatrogenias, decimos que el electroshock es específico del riesgo de suicidio y *fpie es prácticamente inocuo*; es una terapéutica que en la forma que se hace hoy en día, después de mucho tiempo y después de miles de casos en los cuales se ha hecho siempre y cuando ha sido necesario, sin preocuparnos del problema ni cardiovascular —cuando es necesario el tratamiento—, ni de otro tipo, hasta ahora no ha ocurrido un solo accidente y es por lo tanto de señalarlo, para decirles hasta qué punto se puede evitar esta iatrogenia.

Otro tipo de iatrogenia, revisando otras especialidades; no así la Medicina Interna, es por ejemplo la reserpina, que muchas veces se usa para la hipertensión arterial —muchas veces son hipertensicnes moderadas—, la reserpina tiene el trágico poder de producir depresiones y el médico sigue utilizándola frente a depresiones que pueden transformarse en depresiones profundas y llegar a grandes riesgos, cuando era posible que tal vez con otro tipo de medicación, en este caso de no tan severa hipertensión, pudiera solucionarse el problema.

Otro tipo ríe iatrogenias que nos caen frecuentemente, es el inadecuado manejo del impotente; muchas veces por el urólogo, otras veces por el médico general, buscándole somatizaciones, cuando todos sabemos que todas esas impotencias en el individuo joven, no son orgánicas y; sin embargo, buscan una supuesta alteración en el verumontáirum, para dar un toque por una supuesta verunionantitis, toques similares a los que hacía Asuero en el toque del trigémimo y así sucesivamente, se va creando en el individuo una somatización más grave de un problema que es francamente de tipo neurótico.

Por último, en el uso de los psicofármacos, por ejemplo el tipo de los neurolépticos sedantes, estamos acostumbrados a ver trastornos neuróticos v depresivos, que se entretienen y se mantienen con barbitúricos creamlo la habituación que este tipo de psicofármacos produce v con respecto a los psicofármacos del tipo psicoanaléptico, del tipo de los psicotónicos, ya que los timolépticos no producen ésto; pero los psicotónicos: la anfetamina, la dextroanfetamina, etc., que producen habituación, también hemos visto muchos médicos que mantienen una terapéutica de este tipo, produciendo en sus pacientes un vicioso.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao: ¿Podría el compañero dermatólogo Dr. Díaz de la Rocha, decirnos en breve síntesis, cuáles son las iatrogenias más frecuentemente observadas en su especialidad?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

La iatrogenia dermatológica en miestro medio; es decir, hospitales, clínicas, etc.; pero principalmente en el hospital, la dividimos en dos partes: una, la referida y la otra, la que se produce en la misma consulta del dermatólogo.

En cuanto a la referida, que proviene de cuerpos de guardias y de especialidades de distintas ramas, las más frecuentes son' dos: las dermatitis y la sarira. En las dermatitis, observamos iatrogenias dependientes de tratantentes indicados previamente; sobre todo, en las crónicas donde se someten los enfermos a aplicaciones de la clásica pomada de Whitfield, que como se sabe, es irritante, por los ácidos fue: tes que contiene: salicílico y benzoico y también por el azufre. Observamos en estos casos modificaciones secundarias producidas por inapropiada medicación indicada. Es frecuente también en estos casos observar irritaciones primarias causadas por el uso de jabones medicinales bacteriostáticos, indebidamente prescriptos, con lo que se producen iatrogenias.

Nosotros recomendamos al médico general y a otros especialistas no acostumbrados a observar estos casos, que hagan la indicación de loción de Zirco pasta Lassar, localmente en las dermatitis, que no produce daños iatrogénicos y es indicación adecuada.

La otra entidad que con frecuencia vemos que produce iatrogenias, es con la sarna. No hay duda que a veces este diagnóstico es difícil en personas aseadas, como generalmente es el cubano, por lo que es confundible con frecuencia. La mayoría de estos casos llegan a nosotros como si fueran dermatitis; es decir, con dietas de alimentación, antihistamínicos, corticoides, etc., con lo que producido, demora en la curación, complicaciones secundarias y gastos innecesarios, constituyendo verdaderas iatrogenias.

Entrando ya en las propias iatrogenias producidas por el dermatólogo, siendo este grupo inmenso que se produce continuamente, pues desde que el paciente se enfrenta al especialista, ya puede comenzar la iatrogenia, que puede continuarse en el interrogatorio, diagnóstico, pronóstico, exámenes complementarios y tratamiento.

Un caso frecuente es el de las dermatitis, por ejemplo, recordamos un panadero por lesión de brazos y algunas del cuerpo, de tipo eritematoso-escamosas-pruriginosas, que puede hacerse el diagnóstico de una dermatosis profesional, recomendamos cambio de profesión, que es lo único que sabe hacer, produciéndole daño enorme, mucho más, cuando lo que padecía era una dermatosis medicamentosa por el Meprobamato que tomaba diariamente al acostarse.

Otro ejemplo puede ser el paciente que llega con una placa hipocrómica y en parte acrómica y planteamos en alta voz como diagnóstico: lepra tuberculide, ante un paciente con leprofobia, cuando de lo que se trataba era sencillamente de un vitíligo.

Otro caso es el de darle demasiada importancia, principalmente por expresiones en la cara o gestos negativos, frente a una lesión pre-epiteliomatosa (verruca seborreica, etc.), en donde la importancia que tenía va a desaparecer ya, al instalarle en ese momento el tratamiento adecuado.

En el capítulo de los exámenes complementarios, me refiero principalmente a la biopsia; debemos tener en cuenta que para muchos enfermos, biopsia es igual a cáncer; debemos hacer verdadera explicación del motivo de ella, para no incurrir en efectos iatrogénicos.

También en individuos que tienen biopsia-fobia y sean portadores de una placa única en rodilla de tipo característico con signos también característicos de psoriasis, no creo que no se deba someter a la investigación, por los factores antes citados.

Otro caso es el de la mujer presumida con una pigmentación en la cara de tipo cloasma; pues en primer lugar, da pocos detalles y, en

segundo lugar, por lo antiestético que pueda producirse. Si a esto se le agrega la posibilidad de un queiloide, el caso más que lo justifica.

En cuanto al, pongamos el ejemplo, de un caso de psoriasis, cuántos de ellos salen de la consulta mucho más deprimidos que cuando entraron, pues el médico le dijo "que su enfermedad no era mortal, pero sí incurable"; es decir, todo lo contrario de lo que debe suceder, pues todo enfermo que entra en la consulta médica, siempre debe salir mejor que cuando entró.

En lo que se refiere al tratamiento, diremos que continuamente lo hacemos por un mal diagnóstico o por negligencia o por sapiencia. Como ejemplos enumeraremos los siguientes: Radioterapia, produciendo radiodermatitis; uso y abuso de corticoides, creyendo que la dermatosis es infecciosa y se le indica extracción dental total; eliminación de su trabajo habitual, creyendo que la enfermedad que padece está en relación con su profesión; usando antihistamínicos para su micosis que padece y que no tiene indicación: ejemplo, griseofulvina en moniliasis cutánea; por no remitir casos a otros especialistas, cuando estaba más que justificado (angiólogos, diabéticos, etc.) por no tener en mente ciertas enfermedades más o menos raras y se hace un diagnóstico equivocado, como tuberculosis cutánea, por ejemplo; interpretación incorrecta de serologías positivas; interpretación errónea de lesiones mucosas, ejemplo: confundir el liquen plano por leucoplasia o indicarle otros tratamientos; y, por último, entre los ejemplos que recordamos ahora, en el acné comedoniano, no hacer extracción de comedones, porque es muy trabajoso, siendo en definitiva, casi el único tratamiento.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO : Hemos escuchado ya a un internista exponer algunos ejemplos frecuentes de iatrogenia en su especialidad; quisiéramos que el compañero Dr. Luis Pascual, que también hace Medicina Interna, nos dijera los hechos más sobresalientes que en su experiencia producen iatrogenia.

DR. LUIS PASCUAL GISPERT:

El internista, en el desarrollo de sus actividades clínicas como tisiólogo y neumólogo, puede producir con frecuencia manifestaciones y patologías iatrogénicas y, asimismo, instituir terapéuticas innecesarias.

En el campo de la tisiología y, con especial referencia a la iatrogenia, podemos decir que ésta puede ocasionarse tanto en la fase diagnóstica, como en la del tratamiento. En la fase diagnóstica, ocasiona:

Mediante la prueba tuberculínica, graves problemas emocionales al paciente y también a la familia, al informar una prueba positiva y no explicar a los mismos la verdadera significación de esta prueba; reacciones locales intensas: flictenas y necrosis, así como también reacciones focales y generales, al usar dosis indebidas en pacientes hiperrérgicos.

Mediante el examen fotorradio gráfico al informar de una manera incorrecta a una persona supuesta sana, el resultado dudoso o positivo de este examen —que por otra parte, no es más que una impresión diagnóstica—, pueden producirse reacciones de angustia y depresiones.

Mediante el lavado bronquial, en casos no bien seleccionados, por ejemplo: en los cavitados, diseminaciones bronquiales.

Mediante el examen broncográfico y broncoscópico, por la anestesia, reacciones secundarias que pueden llegar hasta la muerte súbita: en ocasiones hemoptisis y diseminaciones broncogénicas y reacciones severas de yodismo, a través de la utilización del medio de contraste.

Mediante el examen bacteriológico, rotulando como tuberculoso a un paciente que no lo es, al interpretar incorrectamente el resultado positivo de una muestra por examen microscópico, al considerar como bacilo tuberculoso la presencia de un B.A.R., que pudiera ser una micobacteria saprofita, anónima no patógena o anónima patógena.

Mediante la información del diagnóstico definitivo, al informar intempestivamente el diagnóstico definitivo, puede no sólo ocasionar graves reacciones de angustia, sino también depresiones severas que pueden conducir al suicidio.

En la fase terapéutica, ocasiona a veces serios problemas psicológicos, suprimiendo o limitando innecesariamente hábitos inveterados, actividades productivas, recreativas, sociales y otras, produce en ocasiones, mediante los tuberculostáticos, graves alteraciones como: vértigos, sordera, estados convulsivos, hepatopatías y otras; puede crear mediante la quimioterapia, nuevas formas de tuberculosis; o sea, las formas resistentes de un grave pronóstico actualmente; puede convertir un caso curable de tuberculosis, en incurable, al no indicar oportunamente una intervención quirúrgica, que era el único tratamiento que podía haber salvado a dicho paciente.

En el campo de la neumología y, haciendo especial referencia a la terapéutica innecesaria, podemos decir que ésta se practica con bastante frecuencia, en las siguientes afecciones:

En las infecciones respiratorias agudas: catarro común, gripe, infección adenoviral,

fiebre faringe-conjuntival, bronquitis aguda y neumonitis virales; exceptuando las neumonías al agente de Eaton, es innecesario el uso sistemático de la quimioterapia, por no tener acción sobre los agentes que producen estas afecciones y, además, por el peligro de crear reacciones de bipersensibilidad y dentro de estos medicamentos sobre todo, al usar cloramfenicol, ocasionará, a veces, mielosis aplástica, asma bronquial y bronquitis crónica, en el inicio de las mismas, al no hacer un tratamiento etiológico adecuado, eliminando los agentes causales de estos procesos, permite que evolucione el asma hacia las formas continuadas y a la bronquitis crónica y también a estas últimas formas que lo hagan hacia el enfisema obstructivo generalizado, proceso ya irreversible.

En el enfisema pulmonar, sobre todo cuando se acompaña de insuficiencia broncopulmonar, el uso inadecuado del oxígeno, puede desencadenar o agravar la narcosis carbónica y en muchísimas ocasiones, llevar al enfermo a la muerte.

En el cáncer bronquial; sobre todo, en sus formas iniciales, los tratamientos inadecuados, dentro de los cuales el más frecuentemente usado es la quimioterapia y así también, manteniendo una observación por tiempo no prudencial en esta afección, hace perder al paciente la oportunidad de que el tratamiento quirúrgico le pueda brindar su curación.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: En esta primera ronda de preguntas, los compañeros que componen la mesa han expuesto aquellos casos más frecuentes de iatrogenias, en sus respectivas especialidades; queremos ahora en esta segunda parte, hacer preguntas concretas y varias a los distintos compañeros, sobre el tema que nos ocupa en la mañana de hoy; rogándoles sean breves en sus respuestas, a fin de poder cumplimentar con

el cuestionario que traemos. Para comenzar esta fase, quisiéramos que el compañero, Dr. Fernández Alfaro, nos dijera qué opinión tiene sobre si debe o no darse el diagnóstico de incurabilidad o de enfermedad mortal al enfermo.

DR. DIEGO FERNÁNDEZ ALFARO:

Con respecto a la primera parte de la pregunta: No, la vida es lo más apreciado por el ser humano y a no ser un sujeto con una depresión psicótica o con un miedo insuperable o pánico, tiene ese aprecio para la vida. Si nosotros le decimos ese pronóstico mortal al enfermo, vamos a crearle una depresión que, si no lo lleva al suicidio, va a padecer por el resto de su vida una serie de síntomas subjetivos más intensos, más malos y más difíciles de soportar, que los propios síntomas subjetivos que produce la enfermedad mortal.

En ciertas latitudes se dice el pronóstico mortal a los enfermos; pero ellos tienen un sistema de vida y tienen una condición mental y psicológica diferente a la que tenemos nosotros, a la que tienen todos los latinos de ahora y de antes.

La segunda parte de la pregunta es sobre la incurabilidad. Nosotros creemos que a veces es necesario decirle al enfermo que su enfermedad es incurable; fundamentalmente al diabético, les voy a decir por qué: El diabético, como es incurable su enfermedad, tiene que tener un tratamiento para el resto de su vida; llega entonces a cansarse y a producir transgresiones o abairdono de su tratamiento, con el riesgo de complicaciones severas, graves y hasta mortales. En otras ocasiones, se siente bien, la glicemia es normal y se considera curado, incurriendo en los mismos peligros. Por eso es que consideramos que hay que decírselo; ahora bien, hay que saber cómo v cuáirdo se le dice, cuando el médico haya ganado la confianza del

paciente y el paciente se sienta protegido por su médico; de una manera suave, no imperativa, en el curso de una conversación que nosotros, por lo general, aprovechamos el momento en que hace una transgresión, para además advertirle de lo que significa la transgresión, que es ponerlo en riesgo de una complicación severa y hasta grave y que es necesario que mantenga su tratamiento por el resto de su vida, porque su enfermedad es incurable; e inmediatamente le decimos: "si usted es disciplinado y lleva el tratamiento, no tendrá inconvenientes con su enfermedad".

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao: Compañero Dr. Fernández Alfaro; ¿Informa usted indiscriminadamente a cualquier familiar del enfermo que la enfermedad es incurable o es mortal?

No, nosotros escogemos al familiar; es necesario un familiar que tenga un estado mental y' psíquico normal, porque si no lo es, aún teniendo solamente un potencial neurótico, podemos provocar en él un tremendo "stress" y producirle una ansiedad o depresión reactiva o una neurosis si tiene potencial neurótico o agravar la situación neurótica que venía padeciendo.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao: ¿Qué opina el compañero Dr. Héctor Wiltz, en relación con estos mismos aspectos que el compañero Fernández Alfaro ha contestado, cuando el enfermo es médico?

Dr. Héctor Wiltz Lancís:

Con respecto a la enfermedad, el médico se comporta igual que si no fuera médico; por lo tanto, puede "dorsarse la píldora" exactamente

igual que a otro tipo de paciente. o solamente voy a relatarles rápidamente que, cuando yo era estudiante de Medicina, el Prof. de Fisiología, Dr. González Rubiera, tenía un íctero obstructivo, secundario a una neoplasia, típico y fue engañado hasta sus últimos días, pensando que era una hepatitis banal.

Realmente, las excepciones que hay en esto, también son excepciones para las personas no médicos.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao : Compañero Dr. Raúl Señor, aún cuando algunos de estos aspectos fueron tratados en forma genérica cuando hizo su primera intervención, quisiéramos que concretamente nos dijera: ¿Informa usted al enfermo que tiene infarto cardíaco o una angina de pecho?

Dr. Raúl Señor Díaz:

Por lo general, en los días finales de su hospitalización, damos una cuidadosa explicación de lo que representa su enfermedad, cómo pudo haberse producido, explicando cómo la circulación colateral facilitó la formación de una cicatriz y, quizás, después de esto, el miedo innecesario asociado a otras dificultades, puede haber sido eliminado.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao: Dr. Madariaga, muchos enfermos con equivalentes somáticodepresivos a nivel del aparato digestivo, de esos mal llamados "funcionales", se les dice el diagnóstico, por ejemplo, usted tiene un "principio de úlcera". ¿Cree usted correcta esta expresión?

Dr. Othón Madariaga Escobar:

A mí personalmente, la expresión "principio de úlcera" no me gusta; la úlcera no tiene principio, la úlcera existe o no existe. El comienzo de la úlcera es un proceso de

necrosis vascular, localizada en una porción del estómago o del duodeno, mientras no se digiera esa porción necrosada, no existe la úlcera; cuando se digiere esa porción necrosada y queda una cavidad y empieza a actuar o a continuar actuando sobre esa zona el jugo gástrico, queda establecida la úlcera. Ahora, para contestarle la pregunta, yo uso la expresión siguiente, al dirigirme al enfermo: "usted tiene una gastritis, una duodenitis, una gastroduodenitis o una inflamación del estómago, o una inflamación del duodeno".

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Héctor Wiltz: ¿Cree usted que puede decirse a ese enfermo mal llamado funcional, repetimos; es decir, de los que no encontramos nada somático que explique sus dolencias: "usted no tiene nada", y nada más?

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

Esa es una de las iatrogenias que se hace más frecuentemente; decirle al paciente de los llamados funcionales: "usted no tiene nada"; eso no debe decirse jamás, porque se frustra al paciente. La enfermedad siempre es la manera de resolver un conflicto y, por lo tanto, lo que sí puede disminuirse es la ansiedad secundaria, señalándole: "usted no tiene ninguna lesión orgánica; por lo tanto, no debe preocuparse, su vida no peligra; ahora, usted está enfermo, su enfermedad es molesta y hasta rebelde; aunque no tiene peligro ninguno"; esa es la forma en que debe decirse.

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO: Dr. Fernández Alfaro: ¿Usted cree que puede producirse iatrogenia cuando un clínico envía a un cirujano un caso para operar, cuya

opinión quirúrgica no la comparte el cirujano y vice-versa, cuando un cirujano ha hecho una indicación quirúrgica y le dice, vaya a ver al internista o al clínico, para que diga si usted se puede operar, qué opina usted?

DR. DIEGO FERNÁNDEZ ALFARO:

Sí, se produce iatrogenia; esadivergencia crea una duda o una confusión en el paciente, sobre una cosa tan importante como es la salud y la vida del enfermo. Nosotros no acostumbramos nunca a un caso que tiene una afección quirúrgica, decirle que tiene que operarse; sino lo enviamos al cirujano, para que éste informe si tiene que operarse o no; eso sí, si existe alguna divergencia entre el cirujano y el clínico en relación con la indicación quirúrgica y a veces hasta en el momento en que debe de hacerse, nosotros siempre hemos estado prestos y lo hemos hecho en varias ocasiones, de discutir la situación; pero no se lo informamos al paciente.

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO : Quisiéramos que el Dr. Madariaga nos dijera si en su especialidad se producen con frecuencia iatrogenias quirúrgicas.

DR. OTHÓN MADARIAGA ESCOBAR:

Pueden producirse iatrogenias quirúrgicas en nuestra especialidad, unas evitables y otras inevitables. Nos referiremos a estas últimas, poniendo algunos ejemplos. Tenemos iatrogenia inevitable hasta el presente, cuando como consecuencia de una gastrectomía se produce el síndrome de "Dumping", una ausencia de apetito o una no recuperación de peso. También las observamos en las resecciones amplias del intestino delgado por enteritis estenosantes, así como las observamos en las colectomías

totales por colitis ulcerativas, cuando el ano está en buenas condiciones y se anastomosa el intestino delgado con el ano, para evitar el ano parietal. Estos enfermos a continuación de su intervención quirúrgica, sufren mucho hasta que el intestino delgado se coloniza: mientras tanto, repito, no mantienen un estado de felicidad.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao: Compañero Dr. Señor, aún cuando usted tocó en forma muy general esta cuestión, quisiera que nos expusiera algunos hechos sobre iatrogenias, que sean capaces de producirse con el empleo de los medios auxiliares de diagnóstico. en su especialidad.

DR. RAÍL SEÑOR DÍAZ;

Nosotros debemos recalcar el aumento acentuado de factores iatrogénicos, como consecuencia de las distintas exploraciones como medios auxiliares de diagnóstico, como son por ejemplo: las complicaciones que podemos provocar a través de la técnica de cateterismo intracardiaco, bien derecho o izquierdo, a través de exploraciones angiocardiográficas. por intolerancia o sensibilización a la sustancia de contraste a veces, o a las modificaciones tensionales provocadas por la inyección misma y, sobre todo, podemos inducir factores iatrogénicos en la distinta interpretación que se puede dar al electrocardiograma; bien por el paciente o por el médico mismo, ya que se pueden confundir las arritmias, insuficiencias coronarias o isquemias miocárdicas. etc., que muchas veces se deben a alteraciones correspondientes a verdaderas distonías neurovegetativas o a manifestaciones no necesariamente anormales del mismo.

*Moderador*. Dr. Martín Landa Bacallao: Quisiéramos que el Dr. Díaz de la Rocha nos

concretara algo en relación con las posibilidades de producir iatrogenia dentro de las afecciones de carácter sifilítico.

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

No nos referiremos aquí a las reacciones que a veces determinan los antibióticos, como la penicilina, en el tratamiento de la sífilis, pues yo los consideraría mejor como reacciones iatrogénicas; nos referimos a urticaria, sinergia- alergia, eritema multiforme; ni tampoco a los accidentes que se presentan en tratamiento antisifilítico, como son: reacción de Herzheimer, la reacción llamada paradójica, vasinomas, etc. La iatrogenia más importante en sífilis, es considerar y etiquetar a un individuo como sifilítico y no serlo; y segundo, tener una lesión sifilítica el enfermo y pasar desapercibida. Lo primero lo vemos diariamente al recibir nosotros enfermos remitidos por tener una serología positiva. Ya ese individuo está sufriendo un trauma emocional, pues ni había tenido lesión genital, ni antecedentes familiares de ninguna clase. Yo estimo que estos casos, antes de ser referidos, merecen una buena historia clínica, donde el interrogatorio prácticamente lo decide todo. Descartar las posibilidades de falsos positivos, etc. Lo segundo, lo vemos y hasta lo hacemos nosotros mismos, es el ver una lesión genital no característica y no considerarla como sifilítica por sus caracteres e instituirle tratamiento con antibióticos y no le hemos indicado el examen ultramicroscópico que es definitivo. Ese enfermo tenía un chancro sifilítico no característico que se cura y que no hace manifestaciones tempranas y; sin embargo, después lo vemos con las manifestaciones tardías de la enfermedad.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Wiltz, ante un enfermo supersticioso o religioso: ¿Debe discutirse con él para hacerle convencer de su error o ignorancia?

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

Esto tiene dos respuestas: Si y No; quiero decir, cuando sus creencias le son beneficiosas, inclusive para el desarrollo de su enfermedad, no, se le debe dejar; cuando sus creencias le están creando conflictos y son perjudiciales para el desarrollo de su enfermedad, debe tratar de convencerse de su error. Muchas veces a personas que tienen problemas de tipo religioso que los están perjudicando, pues hablan de los milagros, etc., yo siempre les señalo la célebre frase de Annatole France, con respecto a la Gruta del Lourdes, la hago cubana y la traigo para aquí, para la Caridad del Cobre y digo que allí hay muchos testimonios médicos y muchas muletas, pero no hay una sola pierna artificial.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO : Dr. Señor, lo más breve que pueda contestarnos, dos preguntas en una: ¿Informa usted la presión arterial a sus enfermos sistemáticamente? y, segunda parte de la pregunta: ¿Con qué frecuencia aconseja usted que sea tomada?

DR. RAÚL SEÑOR DÍAZ:

Una vez que nosotros obtenemos la confianza del enfermo, podemos explicarle las variaciones que puede tener su tensión arterial y cómo puede mejorar con el tratamiento. En cuanto a la frecuencia con que aconsejamos sea tomada, por lo general, no tenemos que hacerlo con mucha frecuencia, sino en el tiempo de una consulta a otra es suficiente; aunque se exceptúan en estos casos aquellos pacientes que padecen de

“esfigmomanía”, como muy bien los llama el Dr. Wiltz, que entra directamente en la consulta, solamente para saber cómo está su presión arterial.

Nosotros creemos que, si al paciente se le explica lo que es la hipertensión arterial y las variaciones que pueda tener, además del tratamiento sedante, no es necesario tomarle la tensión arterial con frecuencia extrema.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Fernández Alfaro; ¿Qué puede usted decirnos de la acción iatrogénica que pueda ejercerse en un enfermo cuando se le expresa que tal o cual medicamento o tal o cual dieta, siempre sustituible, que puedan estar en falta, es lo único que lo cura o mejora?

DR. DIEGO FERNÁNDEZ ALFARO:

Tremenda iatrogenia, ni siquiera dolosa; es culposa, porque se hace a plenitud de conciencia por el médico y frente a un tribunal de responsabilidad médica, es penado.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Señor: muchas veces vienen a la consulta los enfermos con la cifra de colesterol en la mano, deambulando de consulta en consulta. ¿Qué opina usted con relación a la cifra de colesterol en sangre en sus enfermos?

DR. RAÚL SEÑOR DÍAZ:

La realidad es que el paciente no tiene necesidad de saber su cifra de colesterol. Considerando la inexactitud de la técnica, debemos tener en cuenta que la gran cantidad de estudios clínicos y experimentales no están aún de acuerdo en reportar las cifras normales de colesterol en el individuo humano, ya que unos la refieren a 200 mg. y otros a 300 mg. o más.

No existen evidencias clínicas ni experimentales que justifiquen la gran tendencia a la prescripción de preparaciones costosísimas de factores hipo trópicos para el tratamiento de la arterioesclerosis humana.

La restricción enérgica de la ingestión alimenticia de grasas alrededor de 20 g. diarios o menos, suele ser necesario para disminuir la concentración de colesterol sérico en pacientes con hipercolesterolemia: aún cuando nos exponemos a estados dispépticos por escasa dieta grasa.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: ¿Qué puede decirnos el compañero Dr. Díaz de la Rocha, en cuanto a la producción de iatrogenia en el manejo de enfermos leproso?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

La iatrogenia más importante es el "no diagnóstico" de la lesión cutánea, pues se pierde un tiempo hermoso en hacer tratamiento adecuado; por eso siempre debe tenerse en mente la lepra en toda lesión cutánea de tipo nváculoacrómica o hipocrómica, máculoeritematosa o máculopapuloides. Para evitar esta iatrogenia, nosotros recomendamos: hacer prueba de histamina en todas esas lesiones, hacer biopsia a todos los casos, buscar nuevos casos, descubierto el primero, hacer leprominorreacción en todos los convivientes. Si alguno negativo, sin lesión cutánea, hacer becegeterapia; ver el estado económicosocial del caso y auxiliarlo el Servicio Social; explicarle la posibilidad de curación (100%) y cómo debe llevar un régimen de vida adecuado y, por último, para terminar esta breve síntesis expuesta, le explicamos lo que es su enfermedad, para quitarle el concepto atábico que se tenía de la lepra.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao: ¿Cree usted que por ignorancia o negligencia se contribuye o puede contribuirse al suicidio de un hombre deprimido?

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

Sí, y constantemente sucede este lamentable hecho; siempre que haya un síndrome depresivo: tristeza, falta de ánimo, pesimismo y que además haya somatizaciones que indiquen el riesgo del suicidio, como son: pérdida de peso rebelde, constipación rebelde, anorexia rebelde, etc., hay peligro de suicidio; siempre que el paciente haya tenido intentos de suicidio anteriores, hay peligro de suicidio: siempre que el paciente haya manifestado que a suicidarse, hay peligro de suicidio; aquí eso de que: "perro que ladra no muerde" no es cierto; es al revés, se ha hecho una estadística y el 80% de los suicidas han dicho anteriormente que tenían deseos de suicidarse y que se iban a suicidar, por lo tanto, hay que tener mucho cuidado y buscar ese riesgo, hay que hacer ese pesquisaje.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Pascual: ¿Qué puede usted decirnos de iatrogenias producidas por la fenilnitazona?

DR. LUIS PASCUAL GISPERT:

La fenilbutazona es un analgésico que posee una potente acción antiinflamatoria: pero debe recordarse que su efecto analgésico es menor que el del ácido acetilsalicílico y que produce reacciones tóxicas y secundarias en más de un 20% de los casos. Algunos usos indebidos son: en los procesos inflamatorios agudos, sin haber practicado antes otras medidas terapéuticas; cuando se usa sistemáticamente en las artritis reumatoideas y, sobre todo, en las artrosis

como analgésico, en las afecciones no inflamatorias; en los síndromes dolorosos lumbosacros producidos por anomalías congénitas: traumatismos, fractura vertebral, distensiones, hernia del disco, enfermedades destructivas y otras.

Por último, sintetizando los principales usos indebidos y posibles iatrogenias, no debe usarse en los casos de úlcera péptica, afecciones hepáticas y renales, así como en enfermos con edema, hipertensión e insuficiencia cardíaca.

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO: ¿Puede decirnos algo sobre iatrogenia en radioterapia, el compañero Dr. Díaz de la Rocha?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

La acción de los Rayos X siempre es destructiva; tanto es así, que su efecto beneficioso en las inflamaciones se debe a su acción lesiva sobre los infiltrados linfocitarios; es decir, que es un arma terapéutica que se debe usar con discreción.

La iatrogenia por radioterapia puede ser debida a: un mal calibrado del aparato; una técnica defectuosa y el empleo excesivo en frecuencia o sobredosis. El no cumplimiento de estos requisitos nos producirán iatrogenias como las radiodermis agudas o crónicas; las primeras, según el grado de intensidad, pueden ser de grados: I, II y III; las crónicas, se presentan meses o años después y constituyen la atrofia roentgeniana, constituida por: atrofia epidérmica, esclerosis, telangiectasia, ulceración y epitelomas casi siempre espino-celulares.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao : Compañero Dr. Madariaga, ante un sangramiento digestivo, sin discrasia sanguínea: ¿Usa usted coagulante?

DR. OTHÓN MADARIAGA ESCOBAR:

En un sangramiento digestivo sin discrasia sanguínea, me limito a proteger el coágulo contra la acción traumática del vómito, del hipo, de la náusea, de la diarrea y de la plétora sanguínea y, a su vez, lo protejo de la acción digestiva del jugo gástrico y aquí quiero hacer una observación curiosa; en los sangramientos por várices esofágicas de la hipertensión portal de los cirróticos, es muy conveniente colocar al enfermo en posición fowler, porque así se evita el reflujo del contenido gástrico al esófago y la digestión del coágulo que se ha producido en las várices.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Señor: ¿Qué puede decirnos en relación con el tratamiento higiénico o dietético en un enfermo de su especialidad, produciendo iatrogenia?

DR. RAÚL SEÑOR DÍAZ:

Esta pregunta debe referirse específicamente a la famosa "dieta sin sal", en la cual un régimen severísimo sin sal, mantenido prolongadamente, puede dar lugar a un síndrome de hiponatremia que repercute profundamente sobre el estado general. Nosotros tenemos que tener en cuenta cuando imponemos un régimen libre de sodio, el riesgo de provocar un síndrome de depleción del ion sodio, que puede hacerse evidente por marcada astenia, malestar general, adinamia, confusión mental e inclusive, convulsiones.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Pascual: ¿Qué puede decirnos en cuanto a algunos usos innecesarios de antibióticos?

DR. LUIS PASCUAL GISPERT:

Se usan innecesariamente los antibióticos, en todos los procesos febriles, si estos no son

originarlos por microorganismos; de aquí que es imprescindible un diagnóstico bacteriológico o un diagnóstico clínico, mediante el cual pueda inferirse la necesidad de la quimioterapia, en todas las infecciones en las que el microorganismo no sea sensible al antibiótico usado, en todas las infecciones en las que los microorganismos son ya resistentes (resistencia primaria) o se ha hecho resistente en el curso del tratamiento (resistencia secundaria). Es un uso indebido también, cuando se selecciona el antibiótico menos efectivos, más tóxico o más caro, existiendo para el tratamiento de ese proceso otro antibiótico más efectivo, menos tóxico y menos caro.

Para finalizar con este breve recuento de usos indebidos, mencionaremos la asociación de dos o más antibióticos; o uno de estos con otro agente quimioterápico en la gran mayoría de las infecciones monobacterianas: se exceptúan la asociación de penicilina y estreptomycinina, en las que se ha demostrado sinergismo y en la tetraciclina y cloramfenicol, que su uso parece ser de mayor potencialización antibiótica. En las otras asociaciones no se ha demostrado sinergismo; por el contrario, en muchos casos se presenta antagonismo.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Hemos escuchado al compañero, Dr. Pascual, decirnos los principales usos indebidos de los antibióticos en Medicina Interna; pero como en dermatología se usan estos medicamentos con bastante frecuencia: ¿Qué podría decirnos el compañero Dr. Díaz de la Rocha, con respecto a este aspecto del tema?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

Se abusa y usa indiscriminadamente de los antibióticos, en las lesiones cutáneas. Un ejemplo de esto lo tenemos en los casos de

impétigo, cuando se le indica en ocasiones gran cantidad de antibióticos y hasta antibiograma y; sin embargo, no se le hace un buen descostrare con agua y jabón, que muchas veces es importante en la indicación de antibióticos. En estos casos también se usa inapropiadamente tratamiento local con pomadas de penicilina, estreptomycinina o sulfas; por ejemplo: sustancias de gran poder sensibilizante y poca acción exógena, cuando lo indicado serían los de mayor efecto externo, solos o combinados, como las pomadas de polimixina, bacitracina y neomicina entre otras. Por último, recomendamos el uso de la penicilina con moderación, por la gran resistencia bacteriana que produce.

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Madariaga: ¿Es capaz de producir iatrogenia una dieta o una medicación, dentro de su especialidad?

DR. OTHÓN MADARIAGA ESCOBAR:

Con frecuencia lo encontramos en gastroenterología: una es el régimen lácteo exclusivo y prolongado en el tratamiento de las úlceras gastroduodenales y la otra es la supresión total de grasas en el tratamiento de ese temido colesterol sanguíneo. La dieta láctea excesiva produce flatulencia, produce diarrea fermentativa, a causa del exceso de lactosa y, al mismo tiempo, como la grasa inhibe la secreción gástrica, cuando la inhibe demasiado, el apetito desaparece y los enfermos nos llegan con el vientre distendido, con la diarrea, con la falta de apetito y curan cuando se regula mejor esa dieta láctea.

Con relación al temido colesterol, algunos compañeros tienen la mala costumbre de suprimir totalmente la grasa; eso trae como

consecuencia una pérdida grande de peso del enfermo y, además, un síndrome de dispepsia biliar por falta de drenaje de la vesícula al estímulo natural de las grasas.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Fernández Alfaro, díganos algunos usos innecesarios de la vitamina B-12 o dosis incorrectas.

DR. DIEGO FERNÁNDEZ ALFARO:

Para contestar a esta pregunta, voy a decirles estrictamente las indicaciones de la Vitamina B-12: primero, en la anemia perniciosa y en sus complicaciones neurológicas; segundo, en los síndromes perniciosiformes. Las dosis en la anemia perniciosa o síndromes perniciosiformes, varían de 15 mcg. a 50 mcg., según los autores, dos veces por semana, hasta que se restablezca la normalidad y después, cada 7 ó 14 días, la misma dosis, como dosis de mantenimiento.

En cuanto a las complicaciones neurológicas de la anemia perniciosa, la dosis, como mínima de 30 mcg. y como máxima de 50 mcg. dos o tres veces a la semana, cuando se produzca la remisión; dosis de mantenimiento a la misma cantidad, cada 7 ó cada 14 días.

Quiero referirme a las indicaciones antálgicas de la Vitamina B-12 en las neuropatías periféricas y en las artropatías: No se ha demostrado hasta el momento actual, que ella tenga la acción beneficiosa.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Pascual, ¿puede decirnos algo sobre uso indebido de la cortisona y sus distintos derivados?

DR. LUIS PASCUAL GISPERT:

Contestaremos diciendo: Cuando el uso terapéutico de los corticoides no se fundamenta en la acción sustitutiva de las

mismas (para sustituir o compensar una insuficiencia suprarrenal), en dos acciones farmacológicas favorables están indicados, a saber, acción supresora de la inflamación y acción modificadora de la respuesta inmunológica. Se estará administrando los corticoides de una manera empírica y en la mayoría de los casos serán innecesarios. No está de más que recordemos que estas acciones no son curativas; sino temporales, pudiendo reaparecer el proceso patológico en cuanto se disminuya o suprima la hormona.

Entre los usos innecesarios podemos citar: los procesos agudos que requieren tratamiento quirúrgico; infecciones que no puedan ser controladas por la quimioterapia; herpes simples del ojo; tuberculosis inactiva; artritis reumatoidea inactiva; úlcera péptica activa; psicosis y psiconeurosis severas; carcinoma metastásico y, por último, en trastornos convulsivos, osteoporosis, diababetes mellitus moderada o severa.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Dentro de su especialidad; ¿qué puede decirnos el dermatólogo, compañero Dr. Díaz de la Rocha, sobre el uso de cortisona y derivados, así como posibles iatrogenias atribuibles a su uso?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

La decisión de si se debe o no emplear corticoides, se basa en las respuestas de estas tres preguntas:

¿Es eficiente indudablemente este tratamiento y superior contra una enfermedad dada?

¿Se necesitará un tratamiento prolongado y será difícil su interrupción?

¿Se justifican los peligros fisiológicos inherentes a dicho tratamiento, en relación con los riesgos de la enfermedad tratada?

Como ejemplo de esto último: es decir, que se justifica su uso, señalaremos el edema angioneurótico, péufigo, lupus eritematoso exantemático, urticaria grave y las dermatitis violentas. En el resto de las dermatosis crónicas corrientes, como la psoriasis, *no usarlos*.

Cuando en líneas necesarias la indicación no se refiera a las entidades mencionadas, se está haciendo uso indebido y se puede incurrir en iatrogenia.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Wiltz, en lo que se ha dado en llamar el “comercio de la tranquilidad” por algunos autores, vale expresar, el uso indiscriminado de psicofármacos: ¿Qué nos puede decir el compañero, en relación con usos innecesarios y posibles iatrogenias?

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

En la primera intervención habíamos señalado que el uso de los psicolépticos del tipo sedantes y barbitúricos y el uso de los psicoanalépticos del tipo psicotónicos, derivados de la amfetamina, su continuación produce habituación y por lo tanto, no deben usarse cuando no sea necesario. Los otros psicofármacos tienen su indicación precisa, que son para los estados ansiosos, los ansiolíticos. Los antipsicóticos, para los estados de psicosis, etc. y sus dosis también adecuadas.

El hecho de usarlos en forma indiscriminada no los exime de problemas tóxicos; produce iatrogenia, como por ejemplo, solamente para señalarles uno, los inhibidores de la monoamino oxidasa, que pueden hasta producir, en presencia de quesos y cremas, crisis hipertensivas, produciendo cuadros a veces graves. Otros, ustedes saben el daño hepático que producen; por lo tanto, sintéticamente; usar los psicofármacos cuando estén indicados, en las dosis indicadas.

*Moderador*. Dr. Martín Landa Bacallao: Compañero Dr. Madariaga Escobar: ¿Qué opina usted de los placebos en el ejercicio de su especialidad?

DR. OTHÓN MADARIAGA ESCOBAR:

Yo quisiera fijar el concepto de “placebo”. Placebo es un agente medicamentoso que, careciendo casi siempre de acción farmacológica, produce efectos terapéuticos; esto es algo raro, parece contradictorio, pero es que el placebo pertenece al arte de la Medicina y ésta tiene mucho que ver con la magia y nosotros con el placebo, movilizamos las fuerzas oscuras que tiene la mente humana, para curar distintos estados patológicos; sobre todo estados de tipo funcional. Por ejemplo: en patología digestiva, la mayoría de los fermentos digestivos que nosotros utilizamos son placebos; ninguno ejerce acción digestiva *in vitro*; sin embargo, los enfermos se sienten bien tomándolos.

*Moderador*, Dr. MARTÍN LANDA BACALLAO : Compañero Dr. Pascual : ¿Qué nos puede decir de las indicaciones indebidas de las transfusiones de sangre y sus posibles iatrogenias?

DR. LUIS PASCUAL GISPERT:

La sangre no debe usarse, sino fundamentalmente para: restaurar el volumen sanguíneo, en hemorragias, quemaduras y traumatismos y para mantener la concentración de hemoglobina en aquellas anemias que no pueden ser mejoradas con tratamientos específicos.

El uso de la transfusión en pacientes sin anemia y cuyo volumen sanguíneo es normal, en la gran mayoría de los casos es innecesario.

Se usa la transfusión indebidamente en: Shock neurogénico que no es debido a pérdida de sangre; en la mayoría de las anemias

ferríprivas y macrocíticas, a menos que sean de liria intensidad marcada. Hay un ajuste del organismo a estas anemias y la supresión brusca de este estado es innecesaria.

Las anemias asociadas a: infecciones-leucemias-Hodgkins — otros; excepto cuando éstos produzcan inhibición o aplasia medular y en la mayoría de las infecciones.

Las posibles iatrogenias que se presentan por el uso de las transfusiones son frecuentes y graves, siendo por tanto los riesgos que corre un paciente al transfundírsele sangre, a veces considerables. Mencionaremos como principales, las reacciones febriles: pirógenos-inexplicables, reacciones alérgicas, reacciones hemolíticas, insuficiencia circulatoria: rapidez y grandes cantidades, transmisión de enfermedad: hepatitis viral, reacción de isosensibilización: transfusiones repetidas y embarazo y las hemosiderosis.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO: Compañero Dr. Wiltz: ¿Qué puede decirnos de la iatrogenia producida por el personal paramédico?

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

Igual que el médico, el personal paramédico puede producir iatrogenias, fundamentalmente por dos cosas: por ignorancia y por inmoralidad. Por ignorancia, el paciente recibe del personal paramédico un trato que no es el adecuado: un ejemplo va a simplificar esto, de algo que sucedió recientemente: hubimos de aislar una paciente que tenía una serie de síntomas histéricos, con los cuales reclamaba afectos, cuidados, etc.; la aislamos del medio familiar y la evolución era muy buena; había entonces en la Sala una alumna de las que rotan, que no tenía preparación en esto y le estaba dando a la paciente en dosis excesivas, el afecto, el

cariño, etc. que estaban volviendo a producir la misma sintomatología anterior. Esto, unido a que muchas veces el personal paramédico tiene conflictos no resueltos y va a resolverlos a través de los pacientes; ya sean necesidades básicas que va a buscar a través del paciente, frustraciones que producen agresividad y va a descargarla con el paciente; es decir, todo esto es una fuente extraordinaria de iatrogenia.

Con respecto a la otra parte; quiero decir, a la inmoralidad, todos sabemos que muchas veces hay algún personal paramédico que está pensando en la propina y por tanto establece relaciones agresivas para unos pacientes que no son productivos y stiperprotección o superservicio para otros que lo son. Esto cae dentro de las cosas que son penables y realmente no es el momento de tocarlas.

*Moderador*, Dr. Martín Landa Bacallao: Compañero Dr. Wiltz: ¿Qué medidas generales recomienda usted para disminuir las iatrogenias?

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

Hemos insistido varias veces, en que las dos grandes fuentes de iatrogenia son: la ignorancia y la inmoralidad; contra la ignorancia, aprender, estudiar, cursos y más cursos de materias en las cuales el médico y el personal paramédico esté flojo y que repercute en una iatrogenia en los pacientes, fundamentalmente, el médico de hace ya algún tiempo, ■—porque parece ser que los médicos nuevos ya tienen preparación en este aspecto—, tienen muy poca preparación en los problemas psicológicos, en psicología médica, en psicopatología, en psiquiatría; por lo tanto, deben prepararse adecuadamente en esto.

Con respecto a los fenómenos relacionados con la inmoralidad, realmente quiero señalar que hasta hace poco, toda la responsabilidad médica y toda la ética médica, estaba señalada en la relación de un médico con el otro médico de que: "no me quites un paciente" o "este paciente es mío", que "no digas tal cosa, porque yo dije otra", etc. y tenían una serie de penalidades. Por eso, yo creo que es hora de que el médico y el personal paramédico también tengan penalidades, cuando realmente incurran en iatrogenias inmorales.

*Moderador*, DR. MARTÍN LANDA BACALLAO :

Después de haber agotado casi la totalidad del cuestionario que traíamos para esta mesa redonda, pasaremos a dar contestación a las preguntas que del distinguido auditorio han llegado a este moderador. Para no demorar más esta mesa, vamos a comenzar en orden correlativo por el último de mi derecha en esta mesa para dar contestación a las mismas; después cada uno irá dando contestación a las preguntas que les he pasado, rogándoles sean breves en sus respuestas, ya que el tiempo de que disponemos se nos está terminando. Tiene la palabra el Dr. Díaz de la Rocha.

*Pregunta*: ¿Qué importancia tiene el uso de las medias blancas en las afecciones producidas por hongos?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:  
Ninguna.

*Pregunta*: Con frecuencia llegan a la consulta casos con brotes urticarianos que han pasado por dermatología y le han dicho que es nervioso y que vean a un clínico. ¿Qué pueden contestarme a esto?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

Que el dermatólogo crea iatrogenia a este enfermo.

*Pregunta*: Sobre radiodermatitis. ¿Qué puede decirnos el Dr. Díaz de la Rocha?

DR. JOSÉ DÍAZ DE LA ROCHA:

Después de descartar la posibilidad de que el aparato esté roto, mal calibre, la técnica, etc., hay una radiodermatitis que se le atribuye al propio médico último que la indica, pero que casi siempre es debido a viveza del propio enfermo. Un caso, por ejemplo, de neurodermitis pruriginosa, viene a nosotros y se le indica su terapia; no puede venir a ver al Dr. Grillo o al Dr. Argüelles, porque eso está en la hoja clínica, pero se va a otro hospital; el médico no sabe nada que le han dado radioterapia y le vuelven a dar terapia y está perfectamente indicada y así sucesivamente, pasa por todos los hospitales, hasta caer en una radiodermatitis y él mismo se la produjo.

*Contesta el*

DR. OTHÓN MADARIAGA ESCOBAR:

*Pregunta*: Valoración de las ptosis viscerales.

*Respuesta*: Las ptosis viscerales hay que valorarlas en función del enfermo; si el enfermo tiene todos los órganos caídos en plena cavidad pelviana y no se siente nada, no es un caso patológico y no se debe hacer nada, si el enfermo tiene, por ejemplo, molestias digestivas, dolores lumbares, etc. y uno nota que al subirle el hipogastrio el enfermo mejora, debe ponerse un soporte.

*Pregunta*: ¿Es iatrogenia una complicación quirúrgica como el dumping síndrome?

*Respuesta*: Iatrogenia es cualquier estado patológico, producido por el médico y el cirujano es un médico.

*Pregunta:* Algunos internistas refieren casos al cirujano con diagnóstico definitivo de apendicitis crónica, para apendicetomía; su opinión: ¿Valoración de la fluoroscopia en ciego y apéndice? ¿Tiene valor?

*Respuesta:* Yo creo que efectivamente, ese es un punto neurálgico en las relaciones entre el cirujano y el internista; pero sucede lo siguiente: se trata no de apendicitis aguda, sino de apendicitis subaguda, que va evolucionando en forma intermitente y la intermitencia se hace con zonas tranquilas en la fosa ilíaca derecha y entonces el internista de ese caso encuentra un abdomen doloroso y hasta algunos síntomas dispépticos; cuando llega al cirujano, ya resulta que el enfermo ha perdido toda su sintomatología y en cuanto al diagnóstico radiológico, creo que no hay mucho que hablar, porque el radiólogo puede mejor que nosotros precisar la zona localizada del apéndice; aunque nosotros tenemos a nuestro favor la zona metamérica correspondiente al apéndice.

Yo creo también que aquí en esta pregunta hay algo que se debe aclarar; yo no usaría la expresión apendicitis crónica; yo usaría al dirigirme al cirujano la frase “apendicitis subaguda”, para llamarle la atención al cirujano sobre el hecho de que ese individuo está haciendo un proceso subagudo, no agudo; pero que cuando llegue a él, puede ser que no esté en período subagudo. No hace mucho, que un cirujano muy eminente de este sanatorio —y me voy a prolongar un poco en contra de mi costumbre— y yo hablábamos de este tema y él me decía que desde que los cirujanos dejaron de operar muchas

apéndices mandadas por los internistas, el número de apendicitis aguda ha aumentado y dice que esa misma opinión era también la de un cirujano extranjero. lo creo que esta respuesta se puede dar el día que se lleve una estadística acabada, con una historia clínica previa y después de un postoperatorio tardío del enfermo.

*Contesta el*

DR. DIEGO FERNÁNDEZ ALFARO:

*Pregunta:* ¿Debe informarse a un paciente que fue portador de un carcinoma operado y curado, la patología y enfermedad que tuvo?

*Respuesta:* Si no la sabía, no; si la sabía, se puede insistir, porque es útil y beneficioso para el psiquismo del enfermo.

*Pregunta:* ¿Qué importancia tiene para el diabético la tolerancia de la ingestión de bebidas alcohólicas?

*Respuesta:* La única importancia que tiene es, que cualquier persona normal, cuando tiene un hijo, o cuando se casa, o cuando tiene una fiesta del santo del hijo, etc. pues le gusta tomarse dos o tres traguitos; si nosotros le prohibimos tomarse esos dos o tres traguitos, le estamos produciendo una falta de aliciente para vivir. El médico no puede reducir los alicientes que tiene la vida para el enfermo, porque eso es una cosa inconcebible, con ello estamos provocando una iatrogenia psíquica.

Me voy a referir, porque es una cosa muy importante, el permitirle que tome bebida abierta, porque eso es bueno para la diabetes, porque quema el azúcar: mentira, no quema el azúcar, no hace falta para la diabetes; lo que sí produce una iatrogenia, como yo he visto en algunos

casos, de que después se convierten en alcohólicos crónicos, con todas las consecuencias que tiene el alcoholismo crónico; pero ni aún puede ser utilizado como vasodilatador en las arteriopatías, como algunos pregonan, ya que dichas dosis son tóxicas.

*Contesta el*

DR. HÉCTOR WILTZ LANCÍS:

*Pregunta:* Contraindicaciones cardiológicas de electroshock.

*Respuesta:* Para contestar brevemente: siendo recién graduado, acompañé al Dr. Bustamante aquí presente, para ayudarlo a hacer una aplicación de electroshock a un caso. En aquella oportunidad no se hacían modificados; quiero decir, nada de succinilcolina, ni oxigenación, ni nada de eso; el caso estaba en asistolia por una hipertensión maligna, gravísimo; se le aplicó electroshock, tanto el Dr. Bustamante como yo, que teníamos la autorización del cardiólogo, que en una forma juiciosa había señalado que creía más daño le hacía la agitación por el síndrome paranoide que tenía, que lo que podía hacerle de por sí el choque, esperábamos que se nos muriera el caso; lo cierto es que mejoró extraordinariamente de su psicosis y de su asistolia. Murió, desde luego, poco tiempo después, porque tenía una enfermedad incurable.

Por lo tanto, para concretar esta pregunta, después de haber dicho esta anécdota, quiero señalarles que, —supongo yo, porque yo no hago cirugía—, que cuando a un cirujano le va una mujer para hacerle una plastia del seno y le manda a hacer una serie de chequeos y le dicen que tiene una lesión cardíaca, el cirujano, tengo la seguridad que no le hace tal

plastia del seno. Ahora, si tiene una neoplasia del seno, aunque tenga cualquier situación cardíaca, la opera y tiene que hacer, como ustedes saben, una operación mucho peor y más riesgosa que la primera. Por lo tanto, yo puedo señalar, sin entrar en lo que dicen los libros, sino solamente al hablar en los quince años que llevo de experiencia ejerciendo, que jamás he dejado de hacer un electroshock, cuando el caso psiquiátricamente lo exija, tenga la patología cardíaca que tenga y hasta ahora, todavía no me ha ocurrido el primer accidente.

*Pregunta:* Explicar el uso de la asociación Meprobamato-Imipramina.

*Respuesta:* La Imipramina es, como ustedes saben, dentro de los psicofármacos, el psicofármaco de tipo psiccanaléptico timoléptico, que es el principal de los usados en la depresión; pero es que las depresiones, generalmente, vienen acompañadas del síndrome ansioso y el Meprobamato es de los psicofármacos neurolépticos de tipo atarácico o ansiolítico; por lo tanto, es adecuada la asociación y es útil en esos casos en que hay depresión y ansiedad.

*Pregunta:* ¿No se crea un gran conflicto en un paciente religioso desde su infancia, destruir esos principios?

*Respuesta:* Sí, se crea un gran conflicto, cuando esos principios le ayudan o le son beneficiosos; cuando esos principios se tornan por alguna circunstancia perjudiciales, nuestro deber como médicos, por encima de todo, es ayudar al paciente y puede ser que tratando de destruir esos principios en una circunstancia adecuada, le ayudemos; nuestro deber es ayudar, nunca hacer daño.

*Pregunta:* Si usamos placebos como un medio psicoterápico, ¿hasta qué punto es una terapéutica necesaria?

*Respuesta:* Yo diría que es tan importante el uso de placebos, que casi necesitaría una mesa redonda, porque hay que decirlo con cierta valentía: “el que esté libre de pecado, que tire la primera piedra”. ¿Quién aquí no ha mandado o no manda vitaminas que no sean necesarias para el paciente? ¿Quién aquí no ha mandado o no manda extracto cerebral u órgano neurocerebral, glicerofosfato, fitina, etc.? todo lo cual está demostrado (pie no tiene ninguna acción farmacológica. ¿Quiénes son los que no lo hacen? Realmente, el placebo tiene una acción beneficiosa, porque todos sabemos que en terapéutica psiquiátrica, lo fundamental es la palabra y la palabra puede ser escrita o hablada. El condicionamiento reflejo y la fe que puede tener el paciente en una medicación, puede ayudarlo; por eso nosotros empezamos por acusarnos de que muchas veces practicamos la placeboterapia. Es la forma que tenemos de poder solventar el escaso tiempo para la palabra hablada, dándole a la palabra escrita; quiero decir, al placebo, que consigue, —y la práctica de todos ustedes lo ratificará— muy buenos resultados en muchos casos y, como nosotros lo que queremos es conseguir buenos resultados, no vamos a meternos en un pseudo-cientificismo, que lo que va a hacer es perjudicar al paciente, porque lo que queremos es ayudarlo.

Todos ustedes saben del paciente que pide el ácido glutámico para su memoria, porque dice que cuando lo toma se siente mejor; sabemos que no sirve para nada en

esas dosis y mucho menos para la memoria y, sin embargo, lo mandamos. Es inocuo, es barato y el paciente se siente mejor. Por lo tanto, es en una forma ética y adecuada, cuando no hay ningún interés mezquino por el medio; es adecuado mandar placebos, según mi criterio.

*Pregunta:* ¿Por qué en los planes de tratamiento de los psiquiatras existe tanta cantidad de medicamentos y dosis tan altas de euforizantes?

*Respuesta:* La cantidad de medicamentos, ya más o menos les dije el por qué; hay pacientes que realmente eso es lo que los tranquiliza, lo que los cura y lo que los ayuda y que vienen a veces desde muy lejos y repiten la visita después de varios meses, porque con esta medicación se han sentido mucho mejor y, realmente, han podido trabajar y sentirse bien; por tanto, la prueba de los resultados justifica este proceder.

Con respecto a las dosis altas de los euforizantes, éstos, que son los que hubimos de llamar los psicoanalépticos, que pueden ser de tipo timo- lépticos y los inhibidores de la mono-amino-oxidasa V los psicotómicos, etc., esos euforizantes, son la antesala del electroshock; es decir, que vale la pena usar: primero, un euforizante en un deprimido que no tenga riesgo de suicidio, para ver si sale, porque hay un tanto por ciento de deprimidos que salen con euforizantes y estos a veces actúan a grandes dosis; por lo tanto, hay casos que, por ejemplo, con la Imipramina, hay que dar grandes dosis para que tenga efecto terapéutico. Entonces, después que nosotros vemos que no obtenemos el resultado adecuado con el euforizante en grandes dosis, pues entonces pasamos al electroshock.

Por eso yo les decía que el psicofármaco, usarlo en las indicaciones adecuadas y en las dosis precisas, es una cosa adecuada y nunca iatrogénica; al contrario.

*Contesta el*

DR. LUIS PASCUAL GISPERT:

*Pregunta:* ¿Por qué en las escuelas a los niños hiperérgicos los consideran tuberculosos?

*Respuesta:* Un escolar hiperérgico debe ser considerado como un caso de tuberculosis cuando, además, presenta una sombra pulmonar significativa y, mejor aún, si descubre el micobacterium tuberculosis. El hiperérgico que no reúna estas condiciones, debe ser considerado como un caso de infección tuberculosa.

*Pregunta:* ¿Es iatrogenia llamar pleuritis a la esclerosis apical, borramientos de los senos costodiafragmáticos y cisuritis a la visualización de la cisura horizontal?

*Respuesta:* Cuando el radiólogo informa como pleuritis y cisuritis estas lesiones residuales que no tienen ningún valor clínico ni epidemiológico, crea con frecuencia en el enfermo o en su familia manifestaciones o patologías iatrógenas. Es aconsejable por lo tanto, no usar estos dos términos de pleuritis y cisuritis para describir estas lesiones.

*Pregunta:* ¿Es iatrogenia la polifarmacia?

*Respuesta:* La administración de numerosos medicamentos a un mismo paciente no es en sí iatrogenia; pero con gran frecuencia, ello da lugar a reacciones secundarias o tóxicas, creando así manifestaciones o enfermedades iatrógenas.

*Pregunta:* ¿Cree usted que se produce iatrogenia cuando al paciente se le entrega la hoja clínica?

*Respuesta:* La lectura de ciertos contenidos en la hoja clínica, por pacientes afectados de procesos graves, crónicos e incurables, es lógico que produzca iatrogenia y, desgraciadamente, en más de una ocasión, este hecho ha llevado al paciente al suicidio.

*Pregunta:* Opinión de la mesa sobre las indicaciones indiscriminadas de los sueros por algunos vómitos o diarreas, sin deshidratación y por hepatitis que llegan al médico.

*Respuesta:* El uso indiscriminado de cualquier medicamento es una conducta terapéutica errónea que a veces puede traer graves consecuencias al enfermo. La administración de soluciones parenterales en casos que no las necesitan, afectan no sólo la economía de nuestra Institución, sino que pueden acarrear consecuencias desagradables a los pacientes, creando por tanto así, manifestaciones iatrógenas.

*Contesta el*

DR. MARTÍN LANDA BACALLAO;

*Pregunta:* ¿Definición exacta del término "iatrogenia", si un diagnóstico incorrecto, por ejemplo, es iatrogenia o mal diagnóstico?

*Respuesta:* Es posible que no hayamos sido lo suficientemente claros en nuestras breves palabras de introducción. Etimológicamente, la palabra iatrogenia quiere decir: gestado o producido por el médico; por eso aclarábamos nosotros que era más propiamente expresado, decir: "patología iatrogénica" o "pato iatrogenia", ya que así se expresa: pato-en

fermedad; iatro-médico; patología o enfermedad producida por el médico. Cuando se expresa exclusivamente iatrogenia, se está mencionando, con la expresión iatrogenia sola, que es un daño producido por el médico, en forma genérica; en forma expresada así, iatrogenia sin especificación, se refiere a cualquier daño por causa del médico. Este puede ser un daño económico, como aludía el compañero Dr. Díaz de la Rocha en una de sus intervenciones, que se hace con terapéuticas innecesarias, que lo que hacemos es causar gastos extraordinarios al enfermo o a la Institución. En este caso, además de iatrogenia patológica, por cuanto con terapéutica inútil alargamos la evolución de la enfermedad, estamos también produciendo iatrogenia económica o económico-iatrogenia. En síntesis, que debemos entender por iatrogenia a todo daño que por causa del médico se produzca al enfermo, la institución, hogares o sociedad en que se produzca.

Nosotros nos ocuparemos solamente de las iatrogenias patológicas o patoiatrogenias que es toda enfermedad, agravación, complicación u otro daño que, por causa nuestra, ocasionemos al paciente; contestando concretamente la pregunta diremos que un diagnóstico incorrecto no cabe duda que produce iatrogenia, ya que recibirá un tratamiento inadecuado.

*Pregunta:* Iatrogenia quirúrgica, ausencia en esta Mesa. ¿Por qué?

*Respuesta:* Este Departamento de Medicina, como ustedes han visto, no puede entrar a considerar absolutamente todos los problemas de la iatrogenia; se meditó por la Dirección, el Consejo de Dirección y la Comisión Científica, si a la integración de

la misma iría algún compañero que no fuese del Departamento de Medicina y se llegó a la conclusión de que fuera el Departamento de Medicina sólo y esa es la razón por la cual enfoca esta Mesa, como ustedes habrán podido apreciar, exclusivamente aquellas iatrogenias o patologías iatrogénicas que pertenecen al Departamento de Medicina y no todas; sino una ínfima cantidad de ellas y, si se ha rozado en algún aspecto la Cirugía, ha sido en una sola pregunta, por la frecuencia que ésta pueda producir iatrogenias.

*Pregunta:* Iatrogenia, responsable inevitable, irresponsable evitable, justificación para la primera.

*Respuesta:* Hay un grupo de iatrogenias que son de imperiosa necesidad, diríamos, de necesidad obligada, dos ejemplos pudieran justificar estas cuestiones: 1.—Cuando se ignora aún la causa etiopatogénica y ella se produce, vale expresar, el “dumping” ¿Quién es el que es capaz hoy en día de decir un criterio unicista, aceptado por todas las escuelas, en cuanto a la etiopatogenia del “dumping” o el síndrome postoperatorio de los ulcerosos? Nadie; y se producen; por lo tanto, ésta no es por ignorancia personal del médico, es por ignorancia de todo el cuerpo médico o científico, que no ha encontrado la causa etiológica de la misma. Y otro ejemplo, es aquella en que nos vemos obligados a usar la terapéutica hasta la saturación, para lograr resultados terapéuticos, por ejemplo: los tónico-cardíacos o digitalización, que crean iatrogenias: vómitos, náuseas, malestares, palpitaciones, trastornos del ritmo y de otra naturaleza, que algunas veces nos vemos obligados a llevarla, para lograr los éxitos terapéuticos.

¿Evitables? No, porque son necesarias y obligadas.

*Pregunta:* Quisiera saber la opinión de algún miembro de la Mesa, sobre iatrogenias en las cefaleas.

*Respuesta:* Interesantísima pregunta, muy interesante. Más del 80% —nos quedamos quizás un poco cortos—, yo quisiera llegar al 90% de las cefaleas, no tienen que ver causas somáticas en la producción de las mismas y son tan escandalosamente insustentables en su exposición, aquellas de causa somática que con excepción de posibles lesiones intracraneales, que pueden confundir, como aquellas que se deben a un absceso apical, a una sinusitis, a una manifestación tóxica reciente o inmediata, casi hace el diagnóstico el enfermo o una transgresión medicamentosa, cuando viene el enfermo, el resto son psiconeuróticos.

Aquellas que sí son iatrogénicas, son aquellas que están dentro del marco, diríamos de las psicógenas, donde son factores puramente psicológicos los que pueden producir estas cefaleas, que es la más frecuente de las consultas de los médicos que como nosotros, hacemos Medicina General, donde se puede hacer iatrogenia. Como por ejemplo: hacerle una craneotomía a una cefalea sobrada y antiguamente conocida, para una exploración de aire o neumoencefalografía, cuando se trataba sencillamente de una crisis migrañosa en medio de un “stress” violento producido en el velorio de su esposo amado que acababa de perder.

Es posible que en un número de casos, repito, puedan producirse cefaleas no diagnosticadas, incorrectamente tratadas, que conducen a daños iatrogénicos.