

Por qué hacemos yatrogenia

Por el Dr.:

RICARDO GONZÁLEZ MENÉNDEZ¹

González Menéndez, R. *Por qué hacemos yatrogenia*. Rev Cub Med 14: 6, 1975.

Se exponen diferentes razones que explican la frecuencia de yatrogenia. Su conocimiento por el médico es esperable eme disminuya la proporción de efectos negativos en su práctica diaria. El autor sistematiza las formas más frecuentes de yatrogenia y valora los factores que mueven al médico a cometerla. Se señalan algunas recomendaciones al médico joven.

Un paciente de mediana edad comunica en tono reclamante a su médico, que los dolores por los cuales consultó en días atrás, lejos de aliviarse se han incrementado, la respuesta no se hace esperar "mire, eso que usted tiene es artrosis y la artrosis no se cura, es un problema de edad"... Una de las más frecuentes e invalidantes yatrogenias en nuestro medio acaba de producirse, y seguramente el error seguirá cometándose hasta que dicho médico se haga consciente de la importancia extraordinaria que sus comunicaciones tienen para los pacientes, y sobre todo, qué factores lo mueven a contestar en esa forma tan poco terapéutica.

Una valoración crítica de la situación, lo llevaría a preguntarse, qué determinó que este paciente le hablara en tono reclamante, y quizás reconociera que un hombre angustiado por un dolor es siempre un hombre reclamante, o tal vez recordara pequeñas deficiencias que afectaron la relación médico-paciente en la primera entrevista.

Pero más importante sería que el médico se preguntara qué sintió cuando este paciente le

informó su mala evolución en tono reclamante; porque las respuestas serían más difíciles y tal vez más dolorosas, ya que podrían ser: desagrado ante la posibilidad de que dudara de su capacidad médica, inseguridad, ansiedad y hostilidad, que como enemigos ocultos rompen su planteamiento terapéutico y facilitan la comunicación de mal pronóstico.

El médico influye sobre sus pacientes, mediante dos tipos de recursos terapéuticos: A) los que actúan sobre las funciones psíquicas como intermediario principal. B) aquellos que no actúan sobre dichas funciones como intermediario principal. (Cuando estos recursos son bien utilizados, se logra el objetivo médico propuesto; cuando no los son, se hace yatrogenia).

Definición: La yatrogenia (de iatrós: médico, y genia: engendrar) abarca todos los efectos negativos que el médico, en el ejercicio de su profesión, puede producir a un paciente.

Yatrogenia por manejo inadecuado de recursos que actúan sobre las funciones psíquicas como intermediario principal.

Estas pueden producirse por: 1) Mal manejo de la relación médico-paciente. El desarrollo exitoso de esta relación, requiere

¹ Instructor de psicología médica y psiquiatría. Escuela de Medicina, Universidad de Oriente.

¹ Médico residente del hospital docente antituberculoso de La Habana, "julio Trigo".

re, además de la intuición, algunos conocimientos sobre sus características básicas,^{1'2'3} pues es una situación interpersonal que cabría en la categoría de relación de prestación de servicios, donde generalmente intervienen dos personas con diferentes grados culturales y estados afectivos, y que se hallan, una, en la posición de reclamar ayuda; y otra, en la de ofrecerla, y cuya interacción se produce por vías verbales, extraverbales e instrumentales, y que el éxito de la misma depende de la capacidad del médico para manejar la situación de inferioridad del paciente mediante el respeto, atención y trato afectuoso, y de su preocupación y capacidad para satisfacer los objetivos básicos del enfermo: saber qué tiene, aliviarse y curarse.

El efecto yatrogenizante de una mala relación médico-paciente, rechazado por algunos médicos, sería fácilmente aceptado si se recordara que la seguridad que una relación exitosa determina en el paciente, puede incrementar las defensas frente a un germen invasor, coadyuvar en la estabilización de un proceso inmunoalérgico, acelerar la cicatrización, normalizar ciertas hipertensiones, atenuar el dolor y resolver una impotencia psicógena, y que éstos y muchos otros efectos positivos se producen gracias a las conexiones entre corteza-hipotálamo e hipófisis, mediante las cuales las influencias psicológicas⁴ pueden determinar modificaciones sistémicas, vegetativas y neuroendocrinas. Sobra decir que si la relación médico-paciente fuera mala, las mismas conexiones determinarían efectos negativos. Finalmente debe destacarse que, aunque la facilidad para las relaciones humanas favorece el desarrollo exitoso de la relación médico-paciente, puede ocurrir que un médico maneje bien sus relaciones sociales y mal las médico-paciente, o viceversa. Las yatrogenias por deficiente relación médico-paciente, en la mayoría de los casos se deben a subvaloración de este aspecto por parte del facultativo,

desconocimiento de los factores psicológicos básicos de la relación, o a inseguridad y angustia (ante la patología del paciente o desplazada de situaciones humanas de conflicto mal dirigidas por el profesional).

2) Mal manejo del interrogatorio. Intuitivamente el paciente valora, de acuerdo con las preguntas que se le formulan, el grado de interés mostrado por el médico sobre su problemática.

El interrogatorio puede ser deficiente *por breve*, ya que se siente cómo manifestación de apuro; *por indiscreto*, apreciación del paciente cuando las preguntas no tienen una relación clara con su problemática; *por inductor de síntomas*: ¿ha podido usted tener erección con esa depresión?; por manejo de *términos que el paciente no conoce*, deficiencia productora de grandes dificultades de comunicación; y por *mala sistematización*, error determinante de serias dudas sobre la capacidad del médico (en pacientes cultos).

El interrogatorio mal dirigido expresa que el médico no se ha preocupado por escrutar qué espera de él su paciente, y a qué nivel lo espera.

3) Mal manejo del examen físico. El examen físico puede ser deficiente por iguales causas que las señaladas en el interrogatorio, pero sus fallas son más importantes para el paciente que valora este aspecto del trabajo médico como el más importante.

Debe recordarse, además, que el enfermo acude al médico *a dialogar con la ciencia*⁵ y que, para él, aquella habla a través de los instrumentos, cuyo efecto mágico positivo no debe ser olvidado por el facultativo, el que debe evitar la insatisfacción del deseo de ser explorado *técnicamente*, cualquiera que sea la especialidad médica, ya que generalmente, además de su motivo de consulta, el paciente sufre temores hipocondríacos que muchas veces no expresa, y el examen confirmador de su buena

salud, tiene un gran poder ansiolítico. La pregunta: “¿No me va a lomar la presión?”, expresión frecuente en especialidades no clínicas, evidencia esta aspiración del enfermo.

Por otra parte, un examen físico muy detallado o repetido (por el mismo médico o por compañeros de trabajo), crea grandes angustias en el paciente, y esta situación es muy difícil de manejar en hospitales docentes, donde se establece muchas veces el conflicto *yatrogenia-docencia*.

La causa más frecuente de *yatrogenia* por deficiencias en el examen físico, es la subvaloración que hacen muchos médicos del notable efecto reforzador de la terapéutica que lleva implícito un examen físico que satisfaga al paciente. El médico debe programar la exploración de un paciente, no sólo valorando sus necesidades para el diagnóstico, sino también las preocupaciones del paciente que asiste.

4) Mal manejo de la información. Esta es la causa más frecuente de *yatrogenia* y también la determinante de los efectos más nocivos entre todas las *yatrogenias* producidas por vía psicológica.

Las deficiencias en la información pueden consistir en:

a) Información omitida o insuficiente. La prescripción puede ocurrir sin ninguna información o estar simplemente precedida por frases como ésta: “El estudio realizado arroja que tiene usted una pequeña úlcera en el duodeno” (hubiese sido muy oportuno agregar “con el tratamiento bien llevado sanará en cuatro o cinco semanas”). La información omitida o insuficiente, muchas veces expresa el olvido por parte del médico de que uno de los objetivos del paciente es saber qué tiene y cuál es su pronóstico.

b) Información excesiva. Su enfermedad actualmente, gracias a los adelantos de la

ciencia, es muy benigna y *las complicaciones que se describen son muy raras, considerándose que sólo aparecen en el 3% de los casos* (realmente el paciente sólo necesitaba la primera parte de la información, que hubiera sido terapéutica). Muchas veces la información excesiva es un recurso involuntario del médico para compensar su inseguridad; esta deficiencia es más frecuente en los médicos recién graduados y estudiantes.

c) Información angustiante. “Esos mareos son producidos por un principio de aterosclerosis, le pondremos tratamiento para aliviarlo porque no es esperable que se eliminen totalmente”. El médico que así actúe seguramente superaría ese error si estuviera consciente de que antepone el cuidado de su prestigio a la curación de un enfermo.

“No me hago responsable de su vida si usted se levanta de la cama”. Aquí el médico manifiesta verbalmente su angustia ante el pronóstico desfavorable del paciente, y posiblemente utilice la desafortunada frase ante una indisciplina, determinada por el mismo sentimiento angustiante en el paciente.

¿Cuántos médicos no han estado tentados a pronunciar la infeliz frase de “puja que se te ahoga tu hijo” ante una primípara poco cooperadora? Los que han usado este recurso deben saber que en ese momento de tensión dieron salida a su hostilidad hacia la parturienta, y que el único efecto conocido de esa frase es la inhibición por angustia.

“Yo a los hombres les hablo claro: lo que usted tiene es un cáncer del pulmón”. El que así se conduzca debe saber que, con muchas posibilidades, el sadismo es un componente importante de su personalidad.

d) Información a otro nivel. La utilización de términos muy técnicos cuando hablamos a un paciente, puede crear notables angustias

interpretativas. Una adenitis banal puede, por ese mecanismo, convertirse en la más terrible de las enfermedades. La utilización de estos términos evidencia el olvido de que una comunicación sólo cumple su objetivo cuando llega al nivel del interlocutor.

e) Utilización de términos con significado popular de mal pronóstico. Las palabras trombosis, embolia, parálisis, infarto, artrosis y cardíaco, cuando son escuchadas (o leídas en algún documento médico), pueden producir un notable efecto nocivo. El médico debe reconocer la importancia que las apreciaciones pronosticas populares tienen para el paciente.

f) Informaciones contradictorias. Los mensajes contradictorios son fuente importante de angustia cuando son transmitidos por un médico, pues conducen a la inseguridad, desconfianza y temor.

El estudio crítico de algunas de nuestras comunicaciones a los pacientes, descubriría ambigüedades como éstas: "No se preocupe, que no es nada importante"... "pero es necesario que venga usted a chequearse semanalmente para evitar complicaciones". Sin duda alguna, son dos mensajes contrarios transmitidos por la misma vía verbal.

Otras veces el médico, luego de revisar una gráfica de ECG en presencia del paciente y manifestar todas las señales extraverbales de preocupación y disgusto, se dirige al paciente con esta frase: "como te decía, su corazón está absolutamente sano", incurriendo involuntariamente en una contradicción extraverbal-verbal. La contradicción hablada-escrita es también bastante frecuente, y se nos escapa en referidos y órdenes de complementarios.

Nuestra comunicación de que un dolor torácico carece de importancia, no debe ser seguida de una orden de ECG donde aparezca la palabra *urgente*.

Las comunicaciones contradictorias hacen evidente el deseo consciente de atenuar la angustia del paciente y la expresión involuntaria de la preocupación del médico. Quien comete este tipo de contradicciones ha dado ya un paso de avance en la lucha contra la yatrogenia y sólo necesita controlar sus expresiones involuntarias para que el triunfo sea completo.

g) Informaciones inconsistentes. El médico debe cuidar que sus orientaciones sigan siempre la misma dirección. Situaciones como la siguiente generan en el paciente notable inseguridad, y desconfianza hacia el facultativo "doctor, en la pasada consulta, usted me autorizó a beber con moderación y ahora me increpa por tomarme una cerveza". Es muy posible que en la pasada consulta el médico tuviera un mejor estado de ánimo que ahora.

h) Falta de discreción con la información. Ejemplos clásicos son las palabras que se escapan en los pases de visita, los diagnósticos que se nos van en los certificados, referidos y órdenes de complementarios, los elementos diagnósticos y pronósticos transmitidos por el personal paramédico, los datos recogidos, por el paciente, de su propia historia clínica, al aprovechar un descuido. Queremos hacer énfasis en la yatrogenia que se produce en el salón de operaciones cuando el personal supone que el paciente está inconsciente y aquél no ha perdido totalmente la conexión con el medio, ya que existen en ese momento condiciones similares a las que ocurren durante un narcoanálisis (inyección de barbitúrico con fines de aumentar la sugestibilidad del paciente) o sea, que debido a dicho mecanismo quedan muy profundamente grabadas, en la mente del enfermo, las comunicaciones verbales que escuche.

i) Descuidos en la programación de informaciones masivas. El médico cada vez se

proyecta más a su medio, y esto condiciona la utilización de medios masivos de comunicación, tales como la prensa escrita, el radio y la televisión, que son los recursos más usados para transmitir conocimientos a la población.

La característica notablemente heterogénea de la masa humana que entrará en contacto con dichas informaciones, hace que se modifiquen extraordinariamente las condiciones de comunicación a las que el médico está habituado en su trabajo diario, y preparan el terreno para hacer yatrogenia si no se valora cuidadosamente cada una de las ideas. Las siguientes líneas son tomadas de una revista popular “¿Es hereditaria la locura? Desde hace tiempo muchos psiquiatras lo sospechaban”. “Para ser eficaz, la tasa de litio en la sangre debe ser por lo menos de 0,70 miligramo por litro; pero a partir del miligramo por litro, el litio es un veneno peligroso”.

Tanto el que tenga un padre esquizofrénico, como el que esté tomando litio al momento de leer estas líneas, posiblemente pase un mal rato (que a veces perdura).

5) Manejo deficiente de las prescripciones. El manido chiste médico de las doscientas tres aplicaciones de pinceladas por la interpretación deformada de dos o tres (2 ó 3), sirve como ejemplo de la potencialidad yatrogénica de nuestras prescripciones. Los métodos transmitidos verbalmente, los escritos con letra ilegible y sobre todo aquellos donde se utilizan muchos fármacos, determinan angustia en el paciente; de todas, la polifarmacia es lo que yatrogeniza en mayor grado, al considerar el paciente que su afección debe ser muy grave al necesitar tantos fármacos.

Finalmente, las yatrogenias por recursos que actúan sin intervenir la vía psíquica como intermediario principal (recursos físicos como la radioterapia, químicos como la farmacoterapia,

mecánicas como la fisioterapia y todo tipo de tratamiento quirúrgico), seguramente son menos frecuentes en médicos, cuya práctica diaria es guiada por el pensamiento médico *non nocere*.

El hecho de tratar seres dotados de conciencia, sin duda alguna hace difícil el esfuerzo médico y facilita extraordinariamente las posibilidades yatrogenizantes del facultativo. Sería una utopía aspirar al médico perfecto, incapaz de cometer un error en su práctica; pero sí es posible formar facultativos especialmente entrenados para evitar la yatrogenia, y ese esfuerzo está realizándose en las escuelas médicas de nuestra Cuba Socialista.

Al médico joven, ese diamante que sólo la experiencia puede pulir y que sale de nuestras aidas con los mejores deseos de ser socialmente útil, van estas recomendaciones para evitar la yatrogenia.

- 1) Piense siempre en no hacer daño.
- 2) Dé el valor que merece el establecimiento de una buena relación médico-paciente.
- 3) Aprenda a situarse psicológicamente en el lugar del paciente.
- 4) Escrute las angustias de su enfermo más allá de las que comunica.
- 5) Valore cuáles son sus objetivos al acudir a usted.
- 6) Mida con cuidado sus informaciones, pero no deje de hacerlas.
- 7) Nunca termine una entrevista sin contestarse la pregunta ¿He dado a este paciente lo que aspiraba de mí?
- 8) Sus conflictos humanos déjelos fuera de su centro de trabajo, impida que se desplacen sobre su paciente.

SUMMARY

González Menéndez, R. *Why do we practice iatrogeny*. Rev Cub Med 14: 6, 1975.

Several reasons explaining the frequency of iatrogeny are exposed. Maybe their knowledge by the physician can lead to a decrease of negative effects during his daily work. Most frequent forms of iatrogeny are systematized by the author and he assesses the factors which lead the physician to their practice. Some recommendations to the young physician are made.

RESUME

González Menéndez, R. *Pourquoi on provoque Viatrogénie?*. Rev Cub Med 14 : 6, 1975.

Dans ce travail on montre les différentes causes qui expliquent la fréquence de l'iatrogénie. La connaissance de celle-ci par le médecin peut entraîner une diminution des effets négatifs dans la pratique quotidienne. L'auteur systématise les formes les plus fréquentes d'iatrogénie et valorise les facteurs qui provoquent cette attitude chez le médecin. On fait des recommandations au jeune médecin.

FE3KME

romanes MeHeH»e3 P. ПoqeMy HTпoreHHH . Rev cub Med 14:6,1975*

JlαιοTCfl πα3jnzraíHe nprraHHH oi>i>hchhuihx nacTOTH HTпoreHHH. 03HaKomeHHe 3THMH BOnpOCaMH Bpa^IOM <5e3 COMHeHHH BejeT K.yMeHmeHTM qJc°TM?@5iip® ° TPHliaTejIBHUX 3\$\$eKT0B B ИOCeBHеBHOM paÓOTe.ABTOp ЧHCTeMaTH3HpyeT Hg идожиеe nacTze |opMhi HTпoreHHH h aaeT oTueHicy Tex \$aKTopoB KOTopne Be jiyT Bpa'qa K 3TOMy .JlαιοTCH HeK0T0pHe peKOMeHjauHH mojojium BpaHaM .

BIBLIOGRAFIA

1. *Bustamnte, J.* Psicología médica. Ed. Ciencia y Técnica. La Habana, Cuba, 1968.
2. *González, R.* Algunos aspectos de las relaciones humanas del médico. Rev Hosp Psi- quiát 12: 1. enero-mayo, 1971.
4. *Freedman, A., H. Raptan.* Comprehensive textbook of psychiatry. Williams and Wilkins Baltimore, 1967.
5. *Vallejo Nagera, J.* Introducción a la psiquiatría. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1969.