

REFLEXIONES DE UN OTORRINO CLÍNICO

CLINICAL CONSIDERATION OF AN ENT

DR. AXEL CHRISTENSEN H. (1)

1. DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. CLÍNICA LAS CONDES. draxel@mi.cl

RESUMEN

El autor hace un análisis de la forma cómo ve él la relación médico paciente y cuáles serían los elementos fundamentales para obtener un puente de comunicación. Reflexiona sobre su experiencia en la consulta con niños y adultos. Resalta elementos puntuales para llegar a un diagnóstico más preciso. Destaca el valor incalculable de haber trabajado en Clínica Las Condes desde sus inicios y lo complementario que ha sido el desarrollo tanto de la Clínica misma como del Departamento de Otorrinolaringología.

Palabras clave: Relación Médico-Paciente

SUMMARY

The author analyzes his relationship with the patients and which would be the key elements for establishing a good communication. He elaborates about his experience in the office with children and adults and the ways to get to a better diagnosis.

He enhances the value of having worked at Clínica Las Condes since its opening which has enabled him to participate in a growing and leader Otorhinolaryngology Department and appreciate how gratifying this has been.

Key words: Physician-Patient Relations.

INTRODUCCIÓN

Cada vez que entra un paciente a la consulta uno se pregunta cómo será la mejor forma de entrevistarle, interrogarlo, escucharlo con atención, observarlo y examinarlo con la mayor prolijidad y asertividad posible.

Después del habitual saludo uno ya se va formando una primera impresión que comienza con la forma de saludar, de mirarnos a los ojos y de la propia entonación de la voz. Suele suceder que dentro de los primeros momentos uno tiene un "patrón de reconocimiento", casi siempre intuitivo, que nos da una impresión general de cómo será nuestra relación con el paciente. A poco de escucharlo e interrogarlo uno mentalmente adelanta un pre-

diagnóstico. Es como si uno extrajera mentalmente datos desde distintas partes del interior de uno que lo hacen pensar en una orientación diagnóstica desde el inicio de la conversación con el paciente.

No es raro que nuestro juicio final se encuentre, no necesariamente condicionado, pero al menos influenciado por este pensamiento inicial.

Los pacientes y sus padres (me suele tocar atender niños en el curso del quehacer profesional) han sido unos verdaderos compañeros de ruta en este viaje que ha sido mi vida como otorrinolaringólogo. Ellos me han ido mostrando cuáles son las mejores maneras de recibirlos, saludarlos y acogerlos como pacientes.

Como médico uno trata de establecer un puente de comunicación.

Cuando se establece este puente uno siente que empieza a fluir un intercambio: pasan preguntas y respuestas por este puente, como si se estableciera un "pasar" de información.

Puede ser que las preguntas más importantes las haga el paciente: busca respuestas a sus problemas. ¿Qué tengo? ¿Cuáles son las alternativas de tratamiento? ¿Cuál sería la mejor opción? ¿Qué resultados se esperan?

Se va estableciendo un equilibrio entre el tiempo que uno dedica al análisis de la información y el tiempo que deja al pensamiento intuitivo.

Cuando no se logra establecer un puente de comunicación adecuado no es raro desarrollar un sentimiento tal vez un poco negativo hacia el paciente.

En el momento mismo es difícil analizar qué es lo que está pasando. Cuesta separar lo emocional dentro de una relación médico paciente pues se entremezcla cada vez que interactuamos, a veces en forma subconsciente, a veces en forma obvia. Nos tocan pacientes con los cuales no logramos entrar en sintonía. Fácilmente podemos cometer errores de juicio.

Es difícil mencionar el tema de no estar en sintonía con el paciente, es decir, que no hay "comunicación". Recuerdo que las pocas veces que lo he hecho (porque la situación era evidente) ha sido muy mal recibido por parte del paciente.

A todos nos gusta "gustarle y caerle bien" a los pacientes. Que el paciente nos vea más que como médico, como alguien quien los aprecia más que nada como persona y que quisiéramos mejorarlo. Creo que también el paciente quiere caernos bien.

Si dentro del análisis de la información nos vamos inclinando muy marcadamente hacia un diagnóstico incluso podemos equivocarnos porque nos vamos entusiasmando con nuestra propia idea y juicio; en realidad

quisiéramos que el diagnóstico sea lo que nosotros pensamos. Estamos acostumbrados a pensar en esquemas y no nos gusta lo que nos contradice el esquema diagnóstico que nos vamos formando.

A los médicos nos gusta tener éxito con los diagnósticos y tratamientos: nos gusta más aun si a esto se agregan sentimientos (fuertemente) positivos hacia el paciente.

En mi ejercicio profesional he tenido pacientes predilectos. Son aquellos pacientes con los cuales se ha desarrollado un lazo afectivo, la mayoría de las veces a través del tiempo o a raíz de alguna situación determinada (enfermedades graves, situaciones de emergencia o simplemente porque hubo algo "mágico" en la relación médico – paciente). A algunos he tratado de subirles el ánimo, a otros he intentado distraerlos de sus preocupaciones, tratando de destacar algún aspecto positivo de su vida o de la contingencia general.

Mucho enganche afectivo puede llevarnos a distorsionar nuestro juicio y pasar a ser demasiado "buena persona" en el criterio y accionar. Más de una vez el nexa afectivo me ablandó en decisiones: creo que no todas las veces estuvo bien.

El secreto de una buena relación médico paciente, pienso, está en atenderlos y cuidarlos queriéndolos.

¿Cómo no quisiera uno estar tremendamente instruido, tener empatía, compasión y darse por entero a los pacientes?

En la vida y en el quehacer médico uno tiene distintas etapas: la motivación, es decir, aspirar al objetivo de sanar o al menos aliviar al paciente (lo que va logrando con el estudio, preparación, y experiencia), la voluntad de superar etapas de desorientación profesional (en especial cuando las cosas fallan o uno abiertamente se da cuenta de que se ha equivocado) y por último lo que llamaría interiorización total.

En la interiorización total uno vive la medicina: tengo la sensación de que la interiorización total significa que, aparte de la propia familia, toda la energía de uno está dirigida a los pacientes.

Con respecto al conocimiento médico y a su aplicación hay que aspirar a introducirse en el conocimiento mismo, moverse con él, protegerse con él, aprovechando de obtener beneficios para el paciente y su entorno y también satisfacciones para uno.

Necesitamos ingenio y sencillez con los conocimientos. El entrenamiento y la confianza adquirida en nuestra capacidad para encontrar soluciones o bien informarse y consultar por ellas, nos ayuda a resolver muchos de los problemas cotidianos. Se va adquiriendo cierta seguridad. Logramos aplicar nuestras energías.

Es cierto, pero no necesariamente obvio, que cuando se va perdiendo la sensibilidad por los pacientes uno se va distanciando de ellos y como resultado disminuye la calidad de la relación médico-paciente.

Lo duro en medicina es que uno aprende más de los errores que de los éxitos. Los errores duelen tanto por el paciente como por uno.

El ideal es comprender qué hemos hecho hasta ahora, cuál ha sido la trama que hemos tejido día a día tratando de ejercer la mayor influencia posible sobre nuestros pacientes.

¿A qué médicos admiran, quieren y obedecen los pacientes? A aquellos médicos cuyos pacientes quedan con la sensación que probablemente él

ha sido el paciente más importante durante ese día, que los escucha (es decir los oye con atención), que no está preocupado por el tiempo, sino que los mira a los ojos aun cuando sabe que hay otros pacientes en espera.

Uno, como médico sueña con el paciente amigo: aquel que le cuenta más allá de su enfermedad. Le cuenta de su familia, de su trabajo, de su vida. Uno sueña con esos pacientes de los cuales aprende, ya sea porque es mayor que uno, porque domina un campo que a uno le interesa, pero que no conoce bien o simplemente porque tiene más experiencia que uno en la vida. Qué realizado se siente uno con aquel paciente que nos dice que siempre sintió que uno estaba disponible para ellos (no sólo en el sentido de estar dispuesto a que acudieran a uno o lo llamaran en cualquier momento, sino en el sentido de que estamos "con él").

Para hacerse amigo de los pacientes hay que tratarlos como amigo. Como decía, dedicarles tiempo, escucharlos. Creo se obtienen mejores logros cuando uno hace una pequeña "inversión de tiempo" oportunamente. Un poco más de tiempo es tal vez el mejor regalo que podemos hacer a nuestros pacientes.

A los niños suelo saludarlos y preguntarles "¿Quieres ser mi amigo?" y agrego "es bueno tener un amigo doctor...". En ese momento saco mi caja con juguetes: autitos para los niños hombres (muchos autitos, camiones, ambulancias en miniatura, autos de policía, etc.) y muñecas Barbie con sillas ad-hoc para las niñas. Siempre he tratado de tener dos o tres de cada cosa como mínimo. Es frecuente que los niños vayan acompañados de hermanos o hermanas; así alcanza para todos y no hay peleas.

A veces los niños no se quieren dejar examinar cuando son pequeños. Acudo al truco de examinar al papá o a la mamá antes, pidiéndole a él que sea mi "ayudante doctor". Casi todos se ablandan.

Lo mejor de todo es cuando van acompañados de hermanos mayores. Si uno examina al hermano mayor (en juego y con el niño pequeño como "ayudante doctor") es como si algo mágico pasara: diría que prácticamente todos los niños se entregan y se dejan examinar sin mayor problema, (Claro que hay veces que nada resulta...).

Mirando hacia atrás dentro de la vida profesional de uno, en los primeros dos tercios de ella el mayor tiempo destinado al paciente está dirigido a resolverle sus problemas. Hacia el último tercio de la vida profesional se agrega el tiempo destinado a oírlos. Él ya no sólo quisiera que le resolvieran su patología misma sino muchas veces quiere simplemente que lo oigan, tener a quien contarle sus problemas.

Con el transcurrir de los años profesionales la patología de consulta se va poniendo más compleja, a veces con el desencanto de los pacientes por tratamientos previos sin resultado. Tal vez así aquí donde uno va "aguzando el oído". Va aprendiendo a interrogar al paciente con detalle desde el inicio de sus problemas, evolución clínica, tratamientos y resultados.

Creo haber visto invariablemente que a medida que uno va conversando y analizando los hechos con el paciente van apareciendo nuevos antecedentes. Múltiples veces cuando el paciente está por irse hace un comentario crucial. (Casi he llegado a creer que es una cábala, por lo constante).

En momentos de recuerdo, poco a poco van desfilando en nuestra memoria aquellos pacientes señeros, esos que vimos desde niños, que fueron creciendo, que se casaron y después nos trajeron a sus hijos.

Aquellos adultos a quien uno acompañó por años y que fue testigo del paso del tiempo en ellos y, sin duda, que ellos vieron el paso del tiempo en uno. Tal

vez más canas, más serenidad, más experiencia. ¡Qué satisfacción se siente cuando piden consejo en cosas no relacionadas con la medicina! Cada uno con su comentario, enseñanza o simplemente amistad y cariño.

La vida profesional se construye día a día en la consulta, en el pabellón, en el trato y aprecio mutuo con los pacientes, con los colegas, con el personal. Vivimos entre obligaciones, impulsos y programaciones, a veces cuesta tener una disposición serena ante los pacientes. Debíamos aspirar a prepararnos, prever y desear atenderlos y adelantarnos mentalmente a sus inquietudes y problemas. Quisiéramos responder sin equivocarnos demasiado.

El poder de las palabras nos acerca a los pacientes. El arte del interrogatorio significa explorar a fondo, explorarlo todo, adelantarse mentalmente incluso a las posibles respuestas. El poder de la palabra no está sólo en lo que decimos sino —tal vez en su mayor significado— en cómo lo decimos. ¿Qué pasa por nuestra mente cuando atendemos a un paciente?

No sólo es ciencia y arte la medicina sino también es arte ser un paciente que consulta: cómo destacar lo esencial, no perderse en explicaciones y a veces interpretaciones de su enfermedad que a su vez sólo confunden al clínico. El ideal es pensar en "sintonía" con el paciente: qué busca, qué quisiera del doctor. A igual resultado ¿preferiría un tratamiento quirúrgico o médico? Si no hay urgencia, ¿preferiría comenzar el tratamiento ahora o más adelante?

En la vida de especialista, además de ver enfermedades propias de la especialidad uno suele ver pacientes con enfermedades generales comunes como diabetes, hipertensión e incluso enfermedades cardiovasculares que no sólo presentan sintomatología propia de la enfermedad sino sintomatología de otorrinolaringología "prestada". Otitis externas repetidas en diabéticos, tinnitus en hipertensos, dolor cervical en anginosos, otalgia refleja en pacientes con afecciones dentales, etc., etc. Con el tiempo uno sospecha estos diagnósticos. Incluso en el campo de la otorrinolaringología uno piensa en una variedad de enfermedades con una gama de tratamientos diferentes sin tener a veces en claro cuál es el más efectivo.

Existe la tendencia actual de tratar de ejercer "medicina basada en evidencia", basar los tratamientos en datos estadísticos estrictamente controlados. Sería lo correctamente aceptado en diversos centros de atención. Cualquier cosa no probada estadísticamente sería considerada incorrecta (al menos por el momento).

El problema de basarse estrictamente en estadísticas es que suelen no considerar al paciente como individuo. Un problema...

Por otro lado hay distintas "tendencias" de análisis y manejo según el médico tratante sea internista, cirujano, pediatra, obstetra, etc. También influye cómo toma decisiones en situaciones de emergencia, o bien cuando un paciente no le simpatiza y así una variedad de situaciones que pueden condicionar o modificar el actuar del médico.

Nuestro propósito como médicos es equivocarnos lo menos posible y, que cuando nos equivoquemos, el error sea el mínimo, lo menos trascendente posible. Ya decíamos que no se nos olvida aquello que, a posteriori, hemos sabido que nos equivocamos. Hay que aceptar que nos hemos equivocado. Los pacientes pueden aceptar errores pero no aceptan la falta de sinceridad después de saber nosotros que nos hemos equivocado.

Cuando transcurre el diálogo entre el paciente y nosotros, el ideal es ir razonando en voz alta con el paciente sobre lo que uno va pensando respecto a su historia, examen físico y exámenes de laboratorio. Es casi como esta-

blecer un diálogo de pensamiento con él en voz alta. Uno va repasando la información con él, informándole del posible significado de cada cosa, es decir adentrándose en su patología. Trato de usar figuras anatómicas relacionadas para explicar. Creo realmente que hace la diferencia cuando tiene claro el por qué de su enfermedad y el por qué de su tratamiento.

Tal vez es conveniente mantener cierta reserva al momento de analizar tratamientos previos (a no ser que éstos hayan sido exitosos).

Regla de oro de la medicina: no descalificar a otros médicos (menos en presencia del paciente o sus familiares). Nadie gana. Uno podrá diferir en un diagnóstico o en un tratamiento, pero planteando la diferencia de opinión al paciente en forma adecuada, prudente, aun con énfasis, pero profesionalmente y sin descalificaciones.

Muchos pacientes se sienten inhibidos de preguntar. Hay que estimular las preguntas por parte del paciente: es frecuente poder obtener información valiosa de las mismas preguntas. No es raro, sobre todo dentro de los primeros años de profesión, que uno se sienta "agredido" por aquellas preguntas que uno puede considerar impertinentes. Con el tiempo uno va aprendiendo que generalmente ahí está lo que lo mortifica.

Al principio solía llamarme la atención lo prepotentes y poco simpáticos que eran muchos ejecutivos al momento de conversar sobre sus enfermedades o la de sus familiares y el dramático cambio de actitud hacia el buen trato y afabilidad que tenían después que el problema estaba resuelto o, en caso de operaciones, éstas ya estaban terminadas. Me costó aprender que la forma de ser inicial se debía posiblemente a que estaban acostumbrados a tener el dominio de las situaciones diarias, en especial en lo de su ámbito profesional, y que sentían que lo perdían en lo referente a la enfermedad en cuestión. Su manera de reaccionar ante la imposibilidad de manejar la situación los ponía así. Una vez pasado y superado el problema venía el relajamiento de su personalidad, sintiendo - tal vez - que de nuevo tenían la tutela de la situación.

El ideal es tener un lenguaje tal, que uno pueda influir en el paciente para que se haga algún examen, a veces uno más en la interminable lista de exámenes ya hechos, que puede ser determinante para llegar a un diagnóstico definitivo. Esto necesita una empatía y confianza mutua entre el paciente y el médico.

Es indudable que una buena relación médico paciente necesita de todo un entorno. He considerado un privilegio el ambiente que se genera en Clínica Las Condes; es el ideal para trabajar. Cómo ha crecido, posicionándose como un centro de referencia. Cuánto cuenta uno con los distintos Departamentos como ayuda y apoyo en casos complejos. Me hace pensar que nosotros somos como una célula. Cada uno hace su trabajo lo mejor posible. El resultado es la Clínica.

También quisiera referirme al Departamento de Otorrinolaringología. De haber sido prácticamente un Departamento casi artesanal en sus inicios, ha pasado a ser pionero en innumerables aspectos de la especialidad.

Esto no ha sido coincidencia, sino el reflejo de una política de crecimiento incorporando a profesionales preparados, entusiastas y con un tremendo empuje y aporte, cada uno en lo suyo. El resultado ha sido el actual Departamento de Otorrinolaringología de Clínica Las Condes.

Quedan muchos sueños por realizar. Poco a poco se irán cumpliendo. Seguirá creciendo la Clínica y el aporte de nuestra especialidad será creciente y cada vez más determinante.