

¿Hemos dado de baja a nuestros sentidos?*

Hubo una época en la historia de la medicina, que abarcó muchos siglos de observación y adquisición de conocimientos, en la que los médicos utilizaban de manera importante sus sentidos para establecer el diagnóstico de las enfermedades. En su descripción de los pacientes y de sus enfermedades, los grandes maestros de la medicina escribían sobre lo que veían, oían, tocaban, olían e incluso, en ocasiones, gustaban.

Mi toma de conciencia de que esta época ha finalizado procede de mi observación de tres situaciones clínicas distintas de las que he sido testigo recientemente. La primera de ellas tuvo lugar durante la visita matutina en una ajetreada unidad de cuidados intensivos; la segunda, en un quirófano durante un procedimiento quirúrgico laparoscópico, y la tercera, mientras observaba la realización de una prostatectomía mínimamente invasora ayudada por robot en uno de nuestros nuevos quirófanos, equipados especialmente para ello. No pude evitar el contraste entre el enfoque que se aplicaba antiguamente y el enfoque actual para diagnosticar y tratar. ¿Fue este contraste lo que afectó tan profundamente a mis sentimientos o fue una especie de inconformidad de carácter nostálgico por el hecho de que se hubiera “olvidado” al cirujano antiguo? No podría estar seguro.

En la unidad de cuidados intensivos quirúrgicos, observé al denso grupo constituido por el equipo asistencial mientras comentaba los hallazgos de ese día permaneciendo no a la cabecera del paciente, sino en la puerta de su habitación. El residente más joven recitaba una reahila de cifras y hacía consultas frecuentes al ordenador que tenía al lado. El paciente estaba como oculto en el interior de una habitación oscura llena de equipos. Mucha más visibilidad que el paciente tenía el brillante monitor de colores vivos que ofrecía información sobre la frecuencia del pulso, la presión arterial y la saturación de oxígeno en la sangre.

Como contraste, recordé las visitas de planta matutinas que hacíamos hace muchos años, en una época en la que yo escrutaba ansiosamente al paciente recién operado y podía adivinar de manera intuitiva con aquella primera mirada si las cosas iban bien o mal. Todavía mejor, si sentía una mano caliente, auscultaba un pulso

constante, palpaba un abdomen blando, oía un sonido intestinal lejano o veía una herida limpia, tenía una certeza incluso mayor de que las cosas iban bien. Por otra parte, si auscultaba un pulso carotídeo intenso, detectaba una coloración amarillenta en las escleróticas, percibía el aliento del hedor de origen hepático o sentía una piel fría y húmeda, sabía que algo estaba yendo mal.

Ahora, la importancia de los sentidos se ha “minimizado”. En vez de ellos, tenemos una profusión de números y cifras, estudios de imagen que se debe interpretar, paneles bioquímicos para establecer comparaciones y, por encima de nuestras cabezas, las imágenes proyectadas en directo por el monitor. Todas estas pruebas nos revelan los secretos del organismo con mayores intensidad y precisión que la información que nos proporcionan nuestros sentidos. Sin embargo, ¿no hemos perdido algo importante en la transición^{1,2}?

En la segunda situación, la del quirófano de laparoscopia, permanecí observando un monitor de televisión durante la extracción del bazo en una intervención de esplenectomía. Me di cuenta de que había desaparecido el intenso dramatismo que abrir el abdomen conllevaba anteriormente. Recordé que en mis tiempos, tras abrir el abdomen, podía introducir mi mano en los distintos espacios de cada cuadrante para descartar la presencia de ganglios linfáticos, zonas de engrosamiento, áreas de protrusión, dilataciones, estenosis, masas o cualquier alteración que pudiera existir. La mano era mi tercer ojo. Ahora, las manos manipulan largos instrumentos a través de tubos estrechos y trabajan en dos dimensiones, con posibilidad de ver (pero no de percibir) lo que tocan los instrumentos. Además, esta visualización es totalmente extracorpórea. El paciente, oculto completamente bajo los paños de quirófano, es algo casi de tipo incidental. Sólo el anestesiista mantiene una proximidad de tipo visual con el ser humano que está siendo intervenido. ¿Nos hemos distanciado todavía más debido a que ya no vemos, tocamos ni tenemos una conciencia suficiente del paciente que está debajo de los paños de quirófano?

En la tercera situación, el quirófano y la intervención de prostatectomía ayudada por robot, el paciente estaba incluso más lejos del cirujano. Apartado completamente del cirujano que manipulaba los instrumentos controlados por el robot, el paciente podía haber estado realmente en otra planta del hospital, en otra ciudad o hasta en

*Este editorial es la traducción (con permiso) del texto publicado en *Surgical Innovation* 2005;12:183-4.

otro país. Recordé la sensación espeluznante que tenía el cirujano de la antigua escuela cuando tocaba a su paciente vivo. Me sentí como si estuviera en la nave *Enterprise* de *Star Trek*.

Todo esto no quiere decir que el diagnóstico y el tratamiento sean ahora peores. Realmente, son mucho mejores que antes. La tecnología ha extendido nuestros sentidos hasta regiones que anteriormente eran inimaginables. Sin embargo, en el proceso de cambio se ha perdido algo.

En este contexto, hay un sexto sentido al que parece que hemos dado de baja. Es el sentido del contacto con el paciente. Lo podemos escuchar en la calle: "Los médicos ya no son como antes. Ahora son insensibles, fríos, apresurados y descuidados". Este desinterés ha sido espolado también por los cambios sociales que han tenido lugar, con independencia de los avances tecnológicos.

La hospitalización a primera hora de la mañana del día de la intervención ha eliminado un vínculo importante que se establecía con el paciente, a pesar de que no sea posible demostrar que esta pérdida empeore el resultado. Recuerdo que en mis tiempos la visita que se realizaba la tarde anterior a la intervención era el momento adecuado para que el paciente y el médico establecieran "contacto". Era el momento de plantear dudas o de definir los detalles y, quizá lo más importante, era el momento en que se podía calmar la gran ansiedad del paciente por la próxima intervención. Otro cambio que ha debilitado la relación entre el cirujano y el paciente es la insistencia en la rapidez del alta hospitalaria. Antiguamente, los pacientes recién intervenidos eran visitados en una o dos ocasiones diarias tras la intervención. Se inspeccionaban las heridas, se cambiaban los vendajes, se palpaba el abdomen, se auscultaba el tórax y se mantenía una conversación con el paciente. Los cirujanos y los pacientes se conocían. Todo ello pertenece actualmente al pasado. Los pacientes reciben el alta el mismo día de la interven-

ción, al día siguiente o tras un período de hospitalización abreviado. El sentido del contacto se ha debilitado en gran medida. El concepto de "mi cirujano" se ha transformado en el concepto de "el cirujano" o de "un cirujano". En ocasiones, el paciente no puede siquiera recordar el nombre del cirujano que le ha intervenido.

Finalmente, las limitaciones de carácter obligatorio impuestas por las compañías de seguro sanitario pueden reducir todavía más el escaso vínculo existente en la actualidad entre médicos y pacientes. La normativa que rechaza el pago del seguimiento a largo plazo puede constituir el golpe final para la relación cirujano-paciente.

Este escrito no pretende censurar el progreso ni denigrar la tecnología. Su objetivo es simplemente llamar la atención sobre el hecho de que se ha perdido o está en grave peligro de perderse un aspecto vital de la relación cirujano-paciente. El establecimiento de una relación de empatía requiere un "trabajo emocional"³. No podemos perder el sentido vital del contacto con el paciente.

Así, ¿hemos dado de baja a nuestros sentidos? Si es verdad lo que dicen los pacientes, la respuesta es afirmativa. Personalmente, tras haber sido paciente en más de una ocasión reciente, puedo confirmar la veracidad de ello. Es el momento de recuperar nuestros sentidos, especialmente el sexto. Llevan demasiado tiempo de baja.

Leon Morgenstern

Center for Health Care Ethics. Cedars-Sinai Medical Center.
UCLA School of Medicine. Los Angeles. Estados Unidos.

Bibliografía

1. Fletcher RH, Fletcher SW. Has medicine outgrown physical diagnosis? *Ann Intern Med.* 1992;117:757-65.
2. Mangione S, Peitzman SJ. Physical diagnosis in the 1990s: art or artifact? [Perspective]. *J Gen Intern Med.* 1996;11:490-3.
3. Larson EB, Yao H. Clinical empathy as emotional labor in the patient-physician relationship. *JAMA.* 2005;293:1100.