

## La medicina de la desconfianza

**Sr. Director:** un tema que me preocupa desde hace tiempo es el relativo a la transición del corporativismo al extremo opuesto, de desconfianza sistemática del colega. Sucede, a mi entender, que está de moda desautorizarnos mutuamente, con absoluta fruición y compulsivamente, como si quisiéramos demostrar siempre que el compañero, siendo un buen profesional, no lo hace tan bien como el propio de turno.

Me parece un poco patético poner de árbitro de esta pugna al enfermo, cuya formación en medicina es nula, no por ignorante, no, sino porque sencillamente no es su oficio. Así, es frecuente decir y oír: “mire le receto estas pastillitas para reforzar su tratamiento de base”, “mire, todo está bien; esté tranquilo, pero si se toma este medicamento va a estar mejor”, “estas pastillas son mejores”.

Otro aspecto de la cuestión consiste en que el disenso con el colega va acompañado de las explicaciones pseudocientíficas de farmacología divulgativa que hacen creer al paciente o familiar que saben lo suficiente para automedicarse o alterar la dosis, “esto es para la circulación”, “esto es para el calcio”, etc. Se da demasiada importancia al medicamento, del que se espera todo, lo que lleva, por ejemplo, al “oiga y ¿por qué no tomo nada para dormir?”

Sería necesario ceñirse a una información útil, huyendo del exhibicionismo de la farmacología. ¡Algunos pacientes manejan media docena de fármacos para la migraña!

Estoy convencido que sería muy sano que recordáramos que el número de neuronas existente en los cerebros de los compañeros no es necesariamente inferior al nuestro, y que favorecer la confianza de los pacientes en sus médicos es positivo, generalmente.

Veamos un ejemplo práctico, un caso clínico. Recientemente retiré un tratamiento con acenocumarol por haber desaparecido la fibrilación auricular que lo motivaba. Se trata de una mujer mayor extremadamente lábil emocionalmente.

Pues bien, al retirar el sacrosanto, divino, milagroso y omnipotente SINTROM, ¡oh cielos! ¡Javier se volvió loco! ¡vayamos en pos de un médico cuerdo!, ¡busquemos al quien que sepa de esto!

Dicho y hecho; el colega me recomienda que recapacite y que, por supuesto, de retirar SINTROM nada y, además, también le toma la bendita TENSIÓN.

Como se conoce desde casi los comienzos de la ciencia médica, la presión arterial está influida por la adrenalina (entre otros factores) y cuando nos asustamos, el corazón late con más rapidez y más fuerza; es decir, el miedo tiene efectos cronotrópico e inotrópico positivos (como la dobutamina); recordemos que la adrenalina es una catecola-

mina endógena que actúa directamente sobre los receptores beta 1, beta 2 y alfa.

Como es natural, nuestra paciente está que no puede más de miedo (de pánico, mejor dicho) y, como ya deberíamos saber se produce una descarga de adrenalina, la subida brusca de tensión y ... ¡oh cielos!, comenta: “su médico debería tener más cuidado con esta TENSIÓN” y ... a la lista de ¡diez! fármacos añade dos más. A consecuencia de este bombardeo químico, la tensión baja considerablemente: me llaman con urgencia porque sufre un episodio de afasia transitoria ..., ¡“mire Ud. lo que pasa por quitar el SINTROM”! me dice la familia.

Ante la desconfianza generada, decido su traslado al hospital como acto de medicina defensiva (si no lo hago yo lo hará otro, seguro, ya que la familia no resiste atenerse a un solo criterio; hemos adquirido la costumbre yanqui de la tercera opinión ¡tres médicos para un paciente!).

Conclusión: hay que actuar cuando el buen juicio y la urgencia lo exijan, pero como norma general deberíamos aceptar la opinión del médico de cabecera como la opinión más experta acerca de su paciente.

Lo lógico es “esperar y ver” ante el paciente que pide una segunda opinión, en urgencia o con algún subterfugio, y no desacreditar ni directa ni indirectamente al médico de cabecera del paciente.

Necesitamos otra cultura, la cultura de la “opinión única”, la del médico de cabecera que conoce con profundidad al paciente y su entorno, y que puede equivocarse, pero sabe corregirse (y aceptar las sugerencias de un colega si le llegan directamente, no a través del paciente).

J. SEGOVIA ESQUIROL  
Médico de Familia.

Centro de Salud de Buitrago del Lozoya. Madrid.

## Simulación, trastorno facticio y organicidad

**Sr. Director:** el caso que le presentamos trae a colación una cuestión frecuente y que preocupa al médico de familia: ¿cómo distinguir en el paciente las quejas reales de las imaginarias, la patología real de la simulada?, ¿cómo diferenciar la queja somática tras la que existe un conflicto intrapsíquico de aquella otra no orgánica de la que se deriva un beneficio secundario? Y una vez realizado el diagnóstico ¿cómo protegerle del sistema sanitario?

Presentamos a un paciente de 68 años con una invalidez permanente por un síndrome de Sudeck en mano derecha, según informe del traumatólogo, cuya causa se des-