

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 disentimiento 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 medico cuerdo!, ¡busquemos alguien 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-

cubrió tras una modificación de los datos administrativos de su pensión, sin que manifestara molestias ni alteración funcional alguna en los 15 años que su médico de familia le llevaba tratando.

Había presentado diversos traumatismos costales por agresiones, según relata, que dieron lugar a una sintomatología desproporcionada al daño producido y que prolongaron el tiempo de curación. Ha sido estudiado, también, por neurología y cardiología, por síncope de repetición, sin evidenciar lesión orgánica alguna.

La enfermedad actual se remonta a hace 12 años que sufrió un traumatismo anal accidental por un objeto de metal punzante por causa no aclarada que requirió atención médica. A partir de éste presentó episodios de rectorragias ocasionales, no objetivables, y molestias anales.

Tres años después se le añaden molestias abdominales y alteraciones ocasionales del ritmo intestinal, por lo que se le practicó un tacto rectal y un enema opaco que no mostraron más patología que una hemorroide derecha grado II. No obstante, dado que reanudó en diversas ocasiones a su médico de cabecera y al servicio de cirugía relatando episodios de rectorragias se le solicitó una rectosigmoidoscopia, que fue postpuesta en tres ocasiones al no acudir, y que finalmente se practicó, dando junto con una analítica sanguínea resultados normales.

Dada su insistencia, años después se le intervino quirúrgicamente de sus hemorroides externas, para lo que se le aplicó una punción lumbar a nivel de L3-L4 con anestesia en silla de montar (punción atraumática con bupivacaína hiperbárica 0,5%) que dio un bloqueo sensitivo y motor satisfactorio.

Sin embargo, tras la operación quirúrgica, el paciente llama alarmado al anestesista inquiriéndole que “no siente las piernas”. Explorando se aprecia una ausencia de sensibilidad en las extremidades inferiores (EEII), aunque sensibilidad táctil y dolorosa presente, y un bloqueo motor que es incompleto en EEII, orientándose el cuadro hacia una posible lesión neurológica tras punción lumbar y/o un hematoma subdural.

Al mes de la intervención el paciente deambula ayudado con muletas. A la exploración no se aprecia ningún déficit en los reflejos osteotendinosos (ROTS) siendo la sensibilidad difícil de valorar y se aprecia una “monoparesia” en EEII. Así mismo, las dos resonancias magnéticas nucleares (RMN) y electromiogramas (EMG) practicados sólo mostraron cambios degenerativos en los discos intervertebrales lumbares, respetándose en los niveles L2-L3. Se descartó la existencia de un hematoma postpunción y/o patología isquémica medular. La tomografía axial computarizada (TAC) craneal era normal.

Siendo así remitido al servicio de rehabilitación (RHB) donde se le instauró tratamiento rehabilitador con electroestimulación.

A partir de aquí existen nuevos empeoramientos en su sintomatología que exigen nuevas visitas, exploraciones y pruebas (RMN holoespinal, EMG, potenciales evocados) sin que evidencien causa alguna del cambio de su sintomatología. Cabe destacar la ausencia en todo momento

de trastornos esfinterianos, que los ROTs se mantienen conservados y que no presenta signos de afectación piramidal.

Remitido a psiquiatría se aprecia una elevada ansiedad e irritabilidad con una cierta actitud reivindicativa con respecto al profesional sanitario habida cuenta el problema que, según él, le han producido y la incapacidad de los mismos para solucionárselo. Se orientó el cuadro hacia un trastorno adaptativo (secundario a una patología depresiva) con ansiedad, y se inició tratamiento con ansiolíticos, mejorando la ansiedad al cabo de un mes pero continuando con su actitud reivindicativa y preocupación por la limitación de su movilidad y pérdida de autonomía.

La primera impresión que nos produce el caso presentado es la dificultad, aun existiendo una sospecha bien fundamentada de simulación, de descartar la organicidad en un supuesto síndrome de cola de caballo iatrogénica. Síndrome que, si bien no cumple las características para ser catalogada como tal y con pruebas diagnósticas negativas, se presenta en un paciente que no intenta aparentemente conseguir un beneficio secundario de su supuesta dolencia, lo que hace buscar denodadamente una causa orgánica. ¿Cómo asegurar ante esto que las quejas son “reales” y no son simuladas?, ¿cómo descartar una intencionalidad o encuadrarlas dentro de un acto no volitivo inconsciente? ¿A partir de qué momento podemos afirmar categóricamente funcionalidad o simulación?^{1,2}

Por regla general en la enfermedad física los síntomas son congruentes con los conocimientos anatomofisiológicos (ROTS, esfínteres, etc.). En el trastorno somatomorfo, por otro lado, los síntomas, aunque carecen de fundamento orgánico, son cambiantes, recurrentes y duran más de un año, se encuentran causados por un sustrato psicológico que el paciente no puede controlar, de manera que no son deliberados y por lo general no existe ningún tipo de beneficio secundario.

Sin embargo, la provocación intencionada y consciente de trastornos patológicos (físicos o psíquicos) con una finalidad es lo que conocemos como trastornos facticios y de simulación³; encontrándose la diferencia entre ambos en la finalidad por la que se provocan. Así pues, en el trastorno facticio (síndrome de Munchausen, cuando existe gran polimorfismo)⁴ el fin es la obtención del beneficio secundario de la enfermedad, asumiendo el papel de enfermo, y en la simulación consiste en evitar algún perjuicio o amenaza derivada de la situación objetiva en que el paciente se encuentra.

A partir de aquí, en la simulación pura no se encontraría ningún tipo de alteración. Y sí en cambio en la simulación parcial en la que existiría una exageración de síntomas previos, que se utilizarían, incrementándolos, en su propio beneficio (neurosis de renta). Por otro lado, la ocultación de síntomas o de enfermedades para evitar perjuicios se encuadraría en la “disimulación o simulación negativa”. Por último la “falsa imputación” consistiría en atribuir algunos síntomas a actuaciones que se sabe que no tienen nada que ver con ellos.

Suponiendo que nuestro caso se tratara de un trastorno

facticio, el beneficio de padecer una paraparesia podría ser el secundario al aumento de la atención del personal sanitario y las personas que le rodean hacia sí mismo. Ahora bien, si fuera una simulación podría estar relacionado con evitar alguna situación, en este caso ya existe una invalidez anterior, o para recibir alguna gratificación pecuniaria. A favor de la simulación/síndrome facticio el paciente presenta un tipo de personalidad obstruccionista en los actos diagnósticos que ponen al descubierto una cierta desazón e inquietud a quedar en evidencia.

Se conoce que la existencia de un tipo de personalidad dependiente con tendencia a conductas masoquistas o rasgos de personalidad antisocial favorecería la actitud simuladora. Circunstancias ambientales, como malos tratos infantiles o rechazo por parte de los padres podría, al llegar a la edad adulta, condicionar la invención de la enfermedad con el fin de atraer la atención de los demás y beneficiarse.

Por otro lado, nuestro caso demuestra que la queja continua delante de especialistas quirúrgicos se salda a la postre con una intervención quirúrgica que lejos de mejorar al paciente, de tranquilizarlo, puede, en ciertos casos (lumbalgias) fijar el diagnóstico y cronificar la dolencia y en otros modificar, como es nuestro caso, el diagnóstico al fijar la nueva dolencia en el propio acto quirúrgico, no mejorando el pronóstico y añadiendo un nuevo problema sobre por supuesta "mala praxis" en el médico.

En cualquier caso, aun la dificultad en el diagnóstico que exige con frecuencia la atención especializada, es importante que como médicos de cabecera mantengamos clara nuestra función coordinadora y protectora del paciente delante de los diversos especialistas, habida cuenta que somos los únicos que podemos aportar información desconocida para éstos. Información sobre la personalidad, antecedentes, ambiente familiar, social y laboral que ayuden a descartar más precozmente la causa orgánica y a evitar pruebas e intervenciones innecesarias con el consecuente riesgo-iatrogenia.

L. LINARES POU^a

y M. SEGUI DÍAZ^b

^aResidente primer año de MFyC.

^bMédico de Familia.

U.B.S Es Castell.

Menorca. Baleares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Carrillo C, García-Campallo J, Montón Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (II). Reacciones del profesional y tipos de reacción. *Med Clínica* 1999;112(4):147-50.
2. Sanz Carrillo C, García-Campallo J, Montón Franco C. Dificultades en la relación médico-paciente en somatizadores (I). Expectativas del paciente. *Med Clínica* 1999;112(3):102-5.
3. Costa Molinari JM. Simulación y transtornos facticios. En: Costa Molinari JM. editor. *Curso de Actualización en Psiquiatría para medicina primaria 1998-1999. Módulo transtornos somatoformes, alimentarios y del sueño*. Barcelona: UAB, 1999; p. 14-5.
4. López J, Baena MR. Síndrome de Münchaussen a propósito de un caso. *SEMERGEN* 2001;27(11):597-8.
5. Pérez-Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clínica* 2002;118(2):65-7.

El Aloe Vera en Medicina

Sr. Director: el Aloe Vera o Sábila, como es conocida en Sudamérica, es una planta de la familia de las Liliáceas, que comprende más de 200 especies. Crece principalmente en las regiones secas de África, Asia, Europa y América. La mayoría de los botánicos, así como las evidencias históricas, coinciden en ubicar el origen del Aloe Vera en los cálidos y secos climas de África. Sin embargo, debido a la capacidad de adaptación de esta planta y al transporte de ésta de la mano del hombre, ahora podemos encontrarla en la mayor parte de las tierras cálidas.

De todas sus especies sólo 4 son de reconocido valor médico y nutricional para animales y humanos. La más significativa de todas es la especie llamada Aloe Barbadensis Miller. La mayoría de los productos utilizados en cosmética y medicina proceden de ésta.

Las plantas adultas son de color verde claro cuando no las da el sol y marrónáceas en ambientes secos con bastante sol y poco agua. Tiene dos enemigos naturales: el exceso de humedad y las temperaturas por debajo de 0° centígrados. Es muy resistente a las plagas y a la sequía. Son las plantas de más de tres años desde que han echado la flor las que más propiedades curativas tienen.

Es raro el empleo del aloe puro; lo más utilizado con fines terapéuticos es el acíbar (server), que se trata del jugo de sus hojas cuajado. Es muy amargo y oscuro. El acíbar más famoso y antiguo fue el de la isla de Socotora, del sur de Arabia, denominado acíbar socotriño.

El Aloe Vera ha estado relegado al olvido por la comunidad científica, a pesar del uso popular de esta planta como remedio casero para el tratamiento de equimosis, heridas, etc. Últimamente está recobrando importancia a raíz de la aprobación de su uso por la *Food and Drug Administration* (FDA) para el tratamiento de cierto tipo de tumores y su empleo en los infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Y es que de alguna manera el pasado acaba asomándose en el presente para recordarnos que no debemos olvidar la medicina de antaño sin antes realizar serias investigaciones sobre ella.

Las primeras menciones al Aloe proceden de aproximadamente el año 1750 AC. Egipto y Oriente Medio fueron de las primeras civilizaciones en utilizar esta planta con fines terapéuticos. Los egipcios la usaban en procedimientos de embalsamamientos: pinturas del Aloe Vera han sido encontradas en las paredes de las cuevas de esta región. Dice la leyenda que el Aloe Vera era uno de los secretos de Cleopatra para mantener firme y suave su piel.

Dioscórides (41-68 DC) hizo la primera descripción detallada de esta planta y comprobó sus propiedades cicatrizantes. Se dio cuenta de que cuanto más amargo era el Aloe, más eficaz resultaba como agente cicatrizante.

En el 700-800 DC los chinos lo utilizaron para el tratamiento de las convulsiones febriles de los niños.

En el 900 DC, Al-Kindi, científico y filósofo, utilizó el Aloe para el tratamiento del dolor inflamatorio, las úlceras de los ojos y la melancolía.