

---

# DOCTOR, UD. NECESITA UN CEDAZO

**Prof. Luis A. Bahamonde B.<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Director Hospital Clínico Universidad de Chile

Conferencia dictada en Sociedad Chilena de Traumatología y Ortopedia.

## INTRODUCCIÓN:

Los sinónimos más en voga de cedazo son: tamiz, zaranda, harnero, y colador.

Las funciones esenciales de estos instrumentos son: Separar, Seleccionar y Homogenizar.

El propósito de esta charla está centrado en definir en qué situaciones propias del quehacer de un cirujano ortopédico se necesita ser capaz de separar o seleccionar a fin de obtener lo esencial, lo útil y lo aprovechable de los ingredientes que se ofrecen en relación a una decisión terapéutica o una acción médica cualquiera.

En esta línea de pensamiento, creo que en nuestra práctica diaria es necesario saber separar, seleccionar y homogenizar por lo menos en cuatro tipos de circunstancias:

- a) En relación a los elementos del diagnóstico: Cedazo clínico.
- b) Al decidir que hacer con la oferta de información: Cedazo del conocimiento y de la cultura médica.
- c) Al decidir respecto a las ofertas tecnológicas: Cedazo de las ciencias básicas y
- d) Para orientar las decisiones respecto a los pacientes y los colegas: cedazo de la ética.

Luego doctor, yo creo que Ud. necesita al menos 4 cedazos.

Déjeme ahora que le diga, a mi juicio el por qué de cada uno.

a) Cómo es el cedazo que le puede facilitar la elaboración del diagnóstico.

Básicamente el proceso del diagnóstico clínico se estructura en el reconocimiento de alteraciones de la forma y de la función normales a lo cual deben agregarse las variaciones cualitativas o cuantitativas que puede sufrir la constitución celular o tisular en un segmento dado.

Por lo tanto, en este enunciado va implícito un juicio sobre lo que es normal, criterio que se define dentro de un rango que está determinado por condiciones individuales y que además se modifica en relación a la edad, al entrenamiento, a la relación funcional con otros segmentos, a la presencia de intervenciones o tratamientos previos, etc., etc.

Para seleccionar sobre estos aspectos básicos, un primer tipo de malla en este colador, será la que proporciona la experiencia de haber visto mucho, examinado mucho, ojalá bajo el consejo de un guía experto, contando además con la información sistemática que otorga el conocimiento de la semiología, la biomecánica y la patología regional.

De esta manera el juicio sobre un pie plano valgo no puede excluir la consideración de la edad, del eje de las extremidades inferiores, ni del grado de anteversión del cuello femoral para juzgar si ese arco bajo constituye o no un hecho patológico y por ende merecedor de ser reconocido como una entidad nosológica propiamente tal. En caso contrario será necesario decidir si esta es una condición que cae dentro de lo normal y por lo tanto no constituye una enfermedad.

Además de esto puede ocurrir que exista otra causa que siendo la responsable primaria de un aparente desorden, es por si misma una condición patológica, como sería, para seguir este ejemplo, una sinostosis tarsal.

A esta primera etapa del diagnóstico en que el objetivo se centra en la identificación de una entidad dada, siguen obligatoriamente otra que marca la necesidad de considerar al individuo en su conjunto y no segmentariamente. De esta manera, si bien todos estamos acostumbrados a admitir que una fractura extracapsular de la cadera puede ser perfectamente definida según una clasificación aceptable, la que permite fijar un pronóstico referido al hueso, dicho juicio debe ser completado con la evaluación del paciente in toto, a fin de comprender su verdadera significación clínica, lo que es necesario para afrontar una decisión terapéutica.

Lo anterior, evaluación del paciente en su conjunto y no sólo diagnóstico regional, agrega otros hilos a la malla de este cedazo.

Sin embargo aún esto no es todo. Ahora, el diagnóstico definido así como una abstracción intelectual que pretende representar un problema dado en un paciente dado siempre deberá completarse con una dimensión antropológica porque los hechos patológicos se insertan necesariamente en la biografía de cada individuo y además inter reaccionan con el medio social.

En nuestro ámbito de la cirugía ortopédica existen áreas en que esta concepción médica antropológica se reconoce más nítidamente, si bien existe, en alguna medida, para todas las patologías que nos toca atender.

Dentro de la patología dolorosa de columna, en las lumbalgias y en los síndromes dolorosos cérico braquiales, es donde sin duda estas relaciones con lo psicosomático son más evidentes, pero también son significativas en los trastornos posturales, en los traumatismos a repetición, etc., etc.

El estudio del dolor de origen o expresión músculo esquelética es otro rico capítulo relacionado a esta concepción integral del síntoma o de la enfermedad. Así, el significado y repercusión emocional del dolor debe ser tomado muy en cuenta porque generalmente es por la gravitación de este solo

síntoma que en muchos los casos se toman decisiones terapéuticas. De esta manera uno debiera preguntarse la legitimidad de razonamientos tan frecuentes en nuestra especialidad, como son por ejemplo las escalas de evaluación de tratamientos basados en dolor residual o las indicaciones quirúrgicas fundamentadas en la cuantía de este síntoma.

### **¿Sabemos realmente lo que significa verdaderamente el dolor en cada caso?.**

Aquí entonces hay otros hilos ahora terciarios, con los que podemos seguir tejiendo nuestro cedazo del diagnóstico.

Finalmente, aprender a incorporar la relación de la enfermedad a lo social es para nuestro ámbito médico otra necesidad ineludible.

Pensemos un poco respecto al significado de la invalidez y secundariamente del envejecimiento el que dentro del presente análisis es lícito asimilar al concepto de minusvalía.

Vejez e invalidez, son condiciones humanas que socialmente son tratadas de un modo similar porque tanto el deterioro funcional propio de la edad como el que puede ser producto de otras múltiples causas, derivan en un tratamiento social común. Tal ocurre respecto a las secuelas de trauma, infección, defectos congénitos, genéticos, etc. Estas condiciones humanas son recibidas por la sociedad, igual que la ancianidad, con cierto grado de aceptación, no exento de un proteccionismo benevolente que tienden a ayudar, pero en general haciéndose cargo en buena parte de decisiones que corresponden al afectado.

Hay también otro aspecto de esta reacción social frente a la minusvalía, diferente a lo anterior y que puede conducir a una suerte de anulación de lo patológico, en la medida que la misma sociedad desarrolle una suerte de sistema de supresión o protección frente a la enfermedad.

Es posible imaginar la significación diferente que tiene la ceguera en una ciudad modelo ideada para no videntes. En otros casos la familia y el entorno pueden ofertar una verdadera prótesis social para un individuo, que haya perdido capacidades físicas o de ideación y según la perfección de esta red protectora el déficit puede llegar a pasar inadvertido.

Así, por ejemplo, es lícito preguntarse si un reciente presidente de los Estados Unidos, llegó a gobernar al final de su período, con qué grado de evolución de su enfermedad de Alzheimer:

Por lo tanto, la reacción del medio frente a la enfermedad individual es la que da a ésta, por último, su verdadera gravedad en cuanto la enfermedad representa o no un obstáculo para el desempeño de un rol social.

Agreguemos esto último de la repercusión social de la enfermedad para concluir la construcción en este primer colador; el tamiz del diagnóstico.

Como recopilación: comenzamos nuestro tejido con la necesidad de seleccionar los elementos semiológicos, después seguimos con la necesidad de relacionar la identificación de cada entidad con la persona. Luego, en tercer término recomendamos proyectar el diagnóstico individual a la historia del sujeto o dimensión antropología, para terminar con lo último que recién comentamos, sobre la significación de lo patológico según sea la respuesta social frente a la enfermedad.

b) Que hacer con la oferta de información o cedazo del conocimiento y de la cultura médica.

Aún cuando las especialidades tradicionales hayan debido dar origen a sub especialistas en un afán de permitir el manejo del rápido desarrollo de las distintas áreas del conocimiento médico, aún así, la oferta de información es siempre abrumadora.

Internet, órganos de difusión nacionales, journals, abstracts, búsquedas bibliográficas tradicionales, congresos, cursos, simposios, etc., proporcionan una ensalada indigerible si es que se trata de incorporar todo aquello.

La primera diferencia conceptual que debe establecerse, es entre información y conocimiento, siendo este último el resultado de una asimilación o internalización de datos seleccionados y organizables.

El especialista deberá buscar solo el conocimiento, a través del discriminar sobre qué leer, a quien leer y sobre todo procurando tener con quien elaborar la información que se obtiene. Este proceso es la esencia del aprendizaje y en él, el rol de los maestros y de las instancias de análisis son esenciales.

No es infrecuente que en discusiones clínicas, alguien, habitualmente joven, trate de definir una diferencia de opiniones con algo que leyó «de algunos autores suecos por allí», sin saber hacer un análisis crítico de lo que significa dicha investigación clínica; sin saber cual fue el índice de citabilidad que tuvo ese artículo y con que grado de sanción en el tiempo cuenta.

Pero más peligroso aún que lo anterior, es cuando la opinión basada en una impresión oída o leída es impulsada o impuesta por alguien que cuenta con prestigio en el medio. En ese caso la información de valor incierto se legitima y difunde pasando a aceptarse sin que se vuelva a los orígenes de dicha supuesta verdad que quizás nunca, fue verdaderamente legitimada.

Entonces, saber seleccionar la información, confrontarla con otras o con la experiencia de otros es lo que permite pasar a obtener conocimiento.

Ahora, cuando el conocimiento cambia nuestra manera de enfrentar los problemas o más aún nos cambia como individuos especialistas, recién comenzamos a adquirir cultura médica y eso si que es traspasable enteramente a beneficio de nuestros pacientes.

c) Qué hacer respecto a las ofertas tecnológicas o cedazo de las ciencias básicas.

La industria que se mueve en torno a la medicina es probablemente la segunda más importante desde el punto de vista financiero, después de la dedicada a la producción bélica. La presión comercial que ejerce la industria hace pensar que no siempre esté inspirada en el objetivo sanar, sino muchas veces pugna por introducir elementos poco probados con fines utilitarios.

En Ortopedia y Traumatología esta presión de la industria es evidente y así hemos asistido a innumerables guerras que pretenden alinear tropas de especialistas en sus respectivos bandos. Posiciones encontradas en vez de analizarse como debiera hacerse en un ámbito científico, se difunden o se tienden a imponer, apoyándose en gurúes o en la oferta de beneficios económicos o simplemente a través de la propaganda.

El médico especialista a diferencia del artesano que se entrena en usar una herramienta, debiera elegir un recurso bajo el convencimiento que

este no contravenga los principios básicos de la biología molecular, de la fisiología, etc., en síntesis de todos los mecanismos involucrados la reparación osteoarticular.

El otro principio básico que debe integrar este cedazo es la sanción del tiempo y el análisis serio de resultados con suficiente seguimiento.

**¿Quién se acuerda de los ligamentos de Gortex y los de fibra de carbono?**

**¿Qué pasó con nuestro péndulo de: «Cement is bad and Cement is back»?**

Cuando muchos se enfermaron de la enfermedad del cemento, quienes fueron a buscar bibliografías sobre comportamiento del hueso frente al acrílico; los odontólogos ya lo usaban desde hacía tiempo.

En otro campo; ¿que pasó con la fijación rígida y la soldadura artrógena de los huesos?

Cuando el acto médico se deja llevar por presiones sobre las que no se discrimina, se puede llegar a usar la vit B12 para el tratamiento del lumbago.

La única manera de usar bien la oferta tecnológica es tirarla sobre la malla, ojalá muy tupida, que nos proporcionan los conocimientos sobre la intimidad de los procesos orgánicos, sobre el conocimiento cimentado en experiencias serias anteriores y en el temple de un carácter sustentado por en una sólida cultura médica.

Si el fármaco, fierro o técnica no pasan la malla, no la use.

Por otra parte esta malla es muy especial. Dado que la naturaleza de sus hilos constituyentes se deben renovar o reemplazar constantemente debido a la evolución del conocimiento que es cambiante y que debe renovarse o actualizarse permanentemente, nuestro colador es esencialmente perecible.

Cuidado con seguir usando un colador comprado hace tiempo. Eso puede impedir el progreso y estancar la legitimación de técnicas nuevas. Lo exitoso de hoy no debe transformarse en una profesión de fé frente a lo cual es pecado innovar.

Este fenómeno caracterizado por la conformidad y aversión a renovar lo exitoso constituye lo que se ha llamado «rigidez de los paradigmas». Las

«verdades» aceptadas y sancionadas como inmejorables tienden a rigidizar de tal manera, que enturbian la visión de otras alternativas.

Una anécdota, que a lo mejor ya han oído y que ilustra sobre esto:

Un sujeto prueba su auto en un camino rural con bastantes curvas. Al enfrentar una, emerge en sentido contrario un convertible manejado por una mujer que al ponerse a su lado le grita... «chancho». El, como corresponde a un caballero con experiencia, responde automáticamente... «vieja de mierda».

No había terminado de disfrutar de su respuesta, cuando al completar la curva, choca atropellando a un chancho absolutamente verdadero que se encontraba en su pista.

Como ven, es cierto, uno actúa y reacciona en función de sus paradigmas.

El progreso de técnicas o procedimientos, igual que en el caso de los fármacos deben ser producto de investigación seria, con todo lo que eso significa, y así, cuando a este tipo de productos creados con fundamentos válidos los enfrentemos a un colador que esta hecho con la misma rigurosidad intelectual, no habrán problemas.

d) Finalmente un harnero para orientar decisiones respecto a los pacientes y los colegas. El Cedazo ético.

Cuando nos relacionamos con nuestros colegas y pacientes no basta sólo con la cordialidad.

En el caso de las relaciones con nuestros colegas, éstas se desarrollan en base a una situación por lo general bastante simétrica. Es una interrelación de capacidad de decisión y poder más o menos equivalente muy distinta a la relación del poderoso terapeuta y su paciente.

Respecto a las relaciones con nuestros colegas: es importante que los principios éticos sean los que regulen las opiniones que los médicos dan a los pacientes sobre otros colegas.

El peso de las demandas médico legales ha sido una llamada a la prudencia frente a esta práctica, si bien las convicciones éticas debieran ser lo más influyente sobre nuestra conducta.

---

Vemos cada vez con mayor frecuencia que las opiniones clínicas sobre posibles errores de colegas, son muchas veces recogidas por los pacientes o por sus consejeros con el fin de utilizarlas en demandas. Estas oportunidades encuentran un terreno muy abonado cuando a consecuencia de complicaciones, los gastos médicos han sido considerables, sobre todo en evoluciones clínicas tormentosas.

Sin faltar al derecho de emitir opiniones éstas deben ser prudentes, nunca descalificadoras. Se puede discrepar, pero sin pretender constituirse en dueño de verdad absoluta.

No obstante lo anterior, es mi opinión que los profesionales colegiados tienen la obligación de hacer claridad sobre colegas que tengan fallas repetidas. En esos casos debería justificarse el que se exija responsabilidad profesional y conocimientos, o bien, si se trata de repetidas conductas negligentes es necesario determinar sanciones en beneficio y protección de los pacientes.

Los aspectos éticos que quiero exponer respecto a las relaciones con los pacientes se refieren tanto a aspectos de trato o relación médico paciente, como a las decisiones que están involucradas en la elección de terapéuticas. Estas decisiones se deben adecuar dentro de la gama disponible, considerando la relación costo-efectividad, las necesidades reales del enfermo en relación a sus expectativas de vida y finalmente sin desconocer que el uso de un recurso, casi siempre limitado debe considerar obligatoriamente las necesidades de otros pacientes.

Al referirme a recursos insuficientes incluyo por supuesto tanto a los recursos institucionales como de los familiares.

La relación médico paciente es esencialmente asimétrica y en ella el médico tiene que entender que el poder con que se lo enviste por el sólo hecho de ser un sanador, trae consigo la necesaria toma de conciencia sobre la responsabilidad que conlleva su uso.

El buen manejo de esta relación que es de partida un arma terapéutica, es la que distingue a médicos más o menos exitosos e incluso lo hace, con más fuerza que la sola calidad técnica.

Como dije cuando me referí al cedazo clínico, esta relación se enriquece cuando el médico tiene en cuenta los aspectos individuales, antropológicos y sociales en sus diagnósticos y en el trato con los pacientes.

Las limitantes éticas del ejercicio de la terapéutica ya fueron definidos certeramente en el juramento hipocrático y solo se han ido diversificando en relación a la hipercomplejidad de la medicina actual.

No sólo se debe usar lo que ha pasado nuestro cedazo de las ciencias básicas, sino la elección también debe respetar entre muchos otros parámetros, la proporcionalidad con la condición psico-socio económica del paciente, los riesgos y la idoneidad que se tiene para ejercerlos.

«A nadie daré una droga mortal», pero tampoco daré una droga inútil, ni más allá de las expectativas del paciente.

La meta de la medicina no puede ser derrotar a la muerte sino prevenir y sanar, entendiendo por esto, restablecer una inserción familiar y social del individuo protegiéndolo de sus amenazas específicas.

Actualmente la tecnología disponible o la que se tiende a imponer por intereses económicos, invita a sobreactuar.

Por otra parte la decisión ética en relación a permitir la muerte con dignidad y aliviando el sufrimiento, prestigian la buena profesión médica. Cuando los médicos tradicionales como nosotros abandonamos estos principios humanitarios y nos empecinamos en un ensañamiento terapéutico, estamos invitando a la aparición del curanterismo u otras conductas extremas, como son por ejemplo las escuelas o grupos que auspician la asistencia de la muerte.

Es el médico el que debe prescribir racional y enérgicamente para tratar el dolor, eliminando así el temor al abandono del paciente terminal en esas circunstancias difíciles. De no hacerlo invita a la intervención de otras tendencias reñidas con la ética médica.

En este mismo sentido el médico, ojalá asesorado por un comité de ética, debería ayudar también a la familia a tomar decisiones respecto al

---

tratamiento terminal de uno de sus miembros. Es necesario poder aliviar la culpa de creer no estar haciendo todo lo necesario, actitud que conduce a prolongar inútilmente evoluciones fatales con el uso de recursos que se usan, sólo porque están disponibles. Finalmente, es necesario que hable un poco de un gran dilema que genera el desarrollo exponencial de la tecnología. El crecimiento tecnológico y la justicia social ¿son compatibles? ¿Cuál es el límite de los cuidados básicos que debe asegurarse a la población? ¿Cómo se debe hacer un uso racional de los recursos?.

Estas cuestiones deben ser pensadas, si no resueltas a través de la práctica y de la educación médica.

Es necesario pensar en lo racional que resulta proveer por parte del Estado de una atención médica sustentable, tal como hablamos de desarrollo sustentable. Este juicio sobre una obligación estatal básica, no puede dejarse solo al juego de la oferta y la demanda.

En salud el estado debe intervenir en cierta medida tal como debe hacerlo en pro del desarrollo sustentable. Es lícito entonces que en un régimen neo liberal como el nuestro, el estado defina un nivel de medicina pública sustentable y que la educación médica deba orientarse hacia esta concepción.

No es ético que el que tiene el conocimiento del mercado de la salud sea quien fije el gasto médico, y regule también los precios. En esta transacción el

que compra el servicio, el paciente, no conoce sino un mínimo de lo que este comprando o de lo que se le ofrece.

Por esto, en salud pública el libre juego del mercado sin contrapeso, no puede definir las políticas de salud. En cambio es de desear que existan políticas de salud y educacionales para formar médicos sensibilizados en el uso ético de los recursos, no solo en relación a la necesidad médica individual, sino también en el uso colectivo de recursos siempre caros y escasos, para obtener el máximo rendimiento para la población que lo necesita.

Todos los estados disponen un presupuesto para salud que es sólo una fracción del P. I. B. habitualmente baja, por supuesto mucho menos que la que destinamos a defensa y que está de acuerdo al nivel de sanidad de su economía.

EEUU, que es el que gasta más en salud, aún tiene una mala distribución los recursos y aún desprotege a grandes sectores de su población.

Estas disgresiones referentes a la ética aplicada a la economía en salud y a la buena administración responden a una realidad emergente, e insisto debe ser afrontada por la educación médica.

Para finalizar este punto, queremos establecer entonces, que el cedazo ético debe funcionar tanto para el ejercicio de acción médica individual como para la planificación en salud.