

"Errores en las "minorías" casi ignoradas (mujeres, gitanos, inmigrantes, discapacitados físicos, pobres, vagabundos, prostitutas y otros)"

Seminario de Innovación en Atención Primaria, nº 29, Granada, 6 y 7 de febrero 2015

Mariola Gracia, médico de familia, Madrid

MIEDO, desconocimiento, idiomas diferentes, lenguajes distintos, barreras físicas, barreras de acceso, sobreestimación del nivel socio-económico y cultural, analfabetismo, etiquetas diagnósticas, diferencias culturales, diferentes formas de vivir la vida y la sexualidad, ¿y quien cuida al cuidador?, estos y muchas otras circunstancias suponen un punto débil en la relación con nuestros enfermos, nuestros enfermos especiales, distintos, diferentes a nosotros, que nos pueden llevar a errar, a retrasar un diagnóstico o llevarnos a sobrediagnosticar, o confundirnos en un tratamiento.

El miedo aparece en nuestra relación clínica de forma rutinaria, por una parte el médico tiene miedo a errar, también nos asusta lo diferente, lo desconocido, por eso tendemos a igualarlo todo, a no singularizar a nuestros pacientes sino a poner un estándar y seguir en ese camino que nos hace sentir más cómodos. Por otro lado el miedo del paciente, miedo a no llegar a alcanzar las expectativas, que la sociedad, la familia, los amigos tiene sobre él, miedo a estar enfermo a morir, a fallarle a los suyos, a la soledad que supone la enfermedad o la muerte de un ser querido.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las situaciones de encuentro clínico con el paciente, están caracterizadas por muchísimas variables, la persona que tienes enfrente, de sus características personales, sociales y culturales, de su sexo y de su estado de ánimo, de su forma de afrontar la vida y la enfermedad, de ti mismo que puedes estar cansado, haber dormido mal, o frustrado por algo, de lo que se dice y de lo que se deja de decir, de si acude acompañado o solo el paciente, de nuestro conocimiento previo sobre el mismo y su situación, de las limitaciones de acceso en tiempo (como llega hasta ti) y del tiempo que le puedes dedicar, el coste-oportunidad que ese tiempo supone para él, para ti y para el resto de tus pacientes. ¿Cómo decides en un segundo cuanto puedes ofrecer ahora?, ¿puedes posponer el encuentro?, si lo haces ¿dañara al paciente? ¿Tendrá problemas laborales derivados? ¿Podrá llevar comida ese día a sus hijos? Son cosas a las que nos enfrentamos cada día en nuestra consulta, con cada paciente.

Los pacientes psiquiátricos son especialmente vulnerables en este sentido, con errores tanto diagnósticos como de tratamiento, llegando en algunos casos a empeorar su patología con las acciones que se toman. Por una parte se achaca muchos de los síntomas que el paciente relata a su propia enfermedad mental, y se tiende a pasar por encima de ellos o a minimizarlos. En muchas ocasiones su patología se convierte en el eje principal de la atención, en vez de pararnos en el verdadero motivo de consulta.

Ejemplos existen muchos, pacientes esquizofrénicos fallecidos de apendicitis porque se ha interpretado que lo que relata “del perro que tiene dentro y le rasga las entrañas” es parte de su delirio paranoide y no su forma de expresar un dolor abdominal muy intenso en una apendicitis perforada. Otros ejemplos como hipoxia, delirium, infecciones del sistema nervioso central o lesiones cerebrales, también son achacadas a su enfermedad mental de base sin tener en cuenta en muchas ocasiones que como cualquier ser humano pueden sufrir una meningitis o un ICTUS. No les entendemos, no somos capaces de llegar a ellos, no les exploramos, al final se reducen sus oportunidades porque en general cerramos nuestras miras.

La mujer, muchas veces invisible, cuidadora de menores y mayores, trabajadora, abrumada en muchos casos por el miedo a enfermar, que suele anteponer sus obligaciones de cuidado a su salud, más cuanto mayor es el nivel de pobreza. Sufre como ya hablamos ampliamente en el pasado seminario, retrasos diagnósticos en alguna patología que se considera predominantemente masculina (como la EPOC), o por la forma de presentación de la patología, más dolores torácicos atípicos, o clínica de ICTUS que en algunas series en USA se ha llegado a estimar como retraso o error diagnóstico hasta 33% con respecto a los hombres. Y por otro lado de sobrediagnóstico sobre todo en tema de prevención, ejemplo del mismo podría ser el screening de cáncer de mama.

Beatriz Aragón de su texto sobre la cañada Real, escribe sobre esto en relación con los grupos que sufren más marginación, la vivencia de la enfermedad por los pobres es como la privación de algo que los demás poseen, de ausencia injusta de la salud o del remedio para estar sano. Cuando el médico y acudir a visitarlo forma más parte del problema que parte de la solución, porque cuando el paro, el hambre y la pobreza campa por sus respetos la situación no está para visitas médicas, y nosotros en general, que nos sentimos a gusto en nuestro bastión, no somos capaces de llegar a ellos, que nos necesitan de verdad, de encontrarlos y ofrecerles lo que tenemos para levantar algo de cabeza en una situación más que complicada. Es verdad que el tiempo del que disponemos es finito, y que es difícil llegar a todo y a todos, el problema es que los más vulnerables suelen ser los que más lo sufren.

Tanto en estos colectivos, como en otros, sobre todo aquellos que culturalmente se encuentran más alejados de nosotros, es importante conocer como se construye el concepto de salud y de enfermedad para poderlo abordar adecuadamente. Lo que en algunas culturas se considera patológico en otras es una forma de expresión cultural, ritos, la forma de rendir tributo a los que se van o a los que llegan, fechas especiales que simbolizan mucho y que suponen una forma diferente de vida. Pienso en el Ramadán, me da la sensación que tardamos siglos en adaptarnos y ofrecer un mejor cuidado por ejemplo a los pacientes diabéticos en ese momento tan especial de sus vidas, simplemente porque lo ignorábamos o le quitábamos importancia, quizás lo más importante seguir la premisa que nos recordaba Txema que dice Osler de las 4 H del buen médico: humildad, honestidad, humanidad y humor.

Preguntas:

- ¿Cómo detectar los puntos de vulnerabilidad del paciente durante la entrevista para evitar errores en el proceso clínico y terapéutico?
- ¿Cómo podemos afrontar las diferentes formas de interpretación de salud y enfermedad y como llegar a comprenderlas?
- Errores de comunicación, métodos para asegurar el entendimiento, analfabetismo, limitaciones visuales y auditivas...