

Com pensen els metges: de la teoria a la pràctica

Ferran Morell

Pneumòleg (i ombudsperson) del Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR). Barcelona; Catedràtic (emèrit) de Medicina (Pneumologia) de la Universitat Autònoma de Barcelona; President de la Fundació Catalana de Pneumologia (FUCAP). Barcelona.

Comentant, avui en qualitat de metge clínic, el ben raonat i documentat escrit “Com pensen els metges” del Dr. Pons, que es publica en aquest mateix número dels *Annals*¹, vull dir en primer lloc que sempre he considerat que el metge assistencial, el metge de malalts, abans que el pacient entri a la consulta, el primer que ha de pensar és: què espera el pacient de la meua visita?

En efecte, usualment parlem de l'efectiva (i no de l'afectiva) conducta que ha de tenir el bon metge clínic per tal de proporcionar una bona actuació clínica al malalt, mentre que, a la pràctica, poques vegades pensem en què espera el malalt que el metge li proporcionï en aquella tan desitjada visita. El facultatiu, després de dues o deu, o inclús trenta, visites d'aquell rutinari dia, pensarà més en intentar solucionar aquell “cas” el més aviat possible i no tindrà temps per pensar en què el pacient que ara entrarà, home o dona, i que potser porta esperant 10 o 15 dies, o potser tres mesos, vol saber què li dirà el “seu” metge en aquella desitjada visita. Segurament, el pacient esperarà que el metge es preocupi d'ell, voldrà que hi posi l'interès que ell espera i que entengui bé la seva situació personal i anhelarà que, finalment, aquell facultatiu, faci un encertat diagnòstic i tingui un remei efectiu o alguna solució, tant per a la seva situació personal com per a la millora de la seva malaltia.

Però el metge de qui estem parlant segurament ens dirà: quina actitud em diu que espera el malalt? Quin dels vint que visitaré avui a la consulta hospitalària? o dels vint de la mútua? o dels trenta de la consulta del centre d'assistència primària que hi acudirán aquest matí? Miri, jo com a metge conec bé, perquè ho he llegit diverses vegades, el que recomanava Sir William Osler sobre com s'ha de fer la visita al pacient, però vostè comprendrà que el que procuraré avui és poder acabar totes les visites i, si pot ser, sense fer molts errors i sense haver-me d'enemistar amb algun dels pacients perquè no li receptaré el que ell voldria o com a conseqüència d'haver hagut d'esperar una hora que jo el visiti o, en el cas de la medicina pública, perquè no li hauré concedit la baixa, etcètera.

La manca de temps ha rebaixat molt la qualitat de la visita mèdica. És així que, desafortunadament, he d'informar que en l'últim any, almenys deu pacients de la meua consulta m'han dit que el metge que els va atendre en aquell determinat centre o clínica: “en tot el temps de la visita no m'ha mirat a la cara”. També he de dir que vaig llegir fa poc les declaracions de la Consellera de Salut dient que inclús sabent que el 35% dels ciutadans catalans tenen una mútua privada i, concretament, els de Barcelona el 40%, la despesa anual en sanitat sempre supera en molt el pressupost inicial a final d'any. O sigui, que la visita als pacients que pugui seguir els canons d'una actuació ortodoxa serà molt difícil d'assolir. Ja ho deia fa anys un estimat conseller de salut: “amics, si ho fem bé ens arruïnarem”.

Igualment, moltíssims malalts m'han comentat que el metge difícilment, o mai, s'aixeca de la cadira per explorar-los, inclosos alguns metges d'hospital. També he notat, des de la meua pràctica diària, que els pacients de més edat de Catalunya i de la resta de l'Estat tenen alguns problemes assistencials addicionals. Resulta que els metges més joves veuen els pacients de més de 70 anys com si fossin molt grans; una visió que pot comportar que no se'ls apliqui totes les conductes clíniques i tractaments que sí es fan servir en els pacients que són una mica més joves. Un exemple concret que he pogut comprovar és que, en els pacients d'edat avançada, en situacions clíniques més o menys greus, o en aquells que han ingressat de manera repetida, la morfina s'empra amb més rapidesa, tot i sabent que aquest fàrmac pot deprimir el centre respiratori, etcètera. Un altre exemple que té a veure amb aquest tracte discriminatori vers el pacient gran és que gairebé no s'ha incrementat l'edat dels pacients candidats a rebre un empelt d'alguns òrgans, quan és ben conegut que la condició física als 70 anys dels individus d'avui dia no té res a veure, en general, amb la que tenien els individus d'aquesta edat en el segle passat.

La formació dels metges avui dia és correcta, ja que els sis anys de la facultat i els quatre o cinc anys del període de residència via MIR donen un bon bagatge de coneixements teòrics i també assistencials. Pràcticament tots els metges joves d'avui són, a més, persones amb molt talent, ja que han hagut de superar l'alt llindar que es demana per poder entrar a estudiar medicina i, a més, s'han hagut de preparar a fons per poder superar les preguntes que es fan

Correspondència: Ferran Morell
Barcelona
Adreça electrònica: ferranmorell33@gmail.com
Pàgina web: <https://www.drfferranmorell.com/>

a l'examen MIR. És cert, però, que en l'ensenyament de la facultat a vegades s'oblida que en el diagnòstic mèdic "el més corrent és el més freqüent", ja que els programes oficials dediquen possiblement massa temps a aprofundir en les malalties rares o poc freqüents, el coneixement de les quals dona més prestigi, que en ensenyar el maneig de la malaltia pulmonar obstructiva crònica o de la infecció urinària en les dones, o d'altres patologies molt freqüents, que en la pràctica, després, es comprova que no sempre estan ben tractades.

Posades aquestes premisses, ara podem parlar de procurar, amb els mitjans que disposem, i oferir la millor medicina possible, tot seguint les premisses i normes de la medicina basada en l'evidència i les recomanacions clíniques/assistencials de Sir William Osler. Caldrà tenir els coneixements mèdics actualitzats a través de les lectures de les revistes mèdiques de l'especialitat i de les guies d'assistència clínica fetes pels experts, així com els coneixements que s'han obtingut en haver assistit a les conferències d'altres metges experts en congressos, reunions científiques, etcètera.

Possiblement, els metges coneixen força bé la teoria de com s'ha de fer una correcta assistència mèdica i, segurament, la gran majoria la intenta posar en pràctica. Ara bé, saber quin és el raonament que empra el metge a l'hora de fer un diagnòstic i de decidir el tractament més adient, crec que l'hauré de passar pel sedàs del que fins ara hem anat dient. Se suposa que els metges actuaran seguint la formació que se'ls ha donat a la universitat, on se segueix la formació escolàstica i tradicional, juntament amb les directrius que hauran marcat els experts en assistència que hem anomenat abans i que també ens han anat referint els experts en la metodologia a emprar en la visita clínica als malalts. En efecte, es tractarà de saber realitzar una bona recollida de dades de l'anamnesi i de les proves complementàries, i saber valorar-les, per arribar finalment a un diagnòstic encertat i a prescriure un tractament correcte.

Malaauradament, alguns metges menys interessats en practicar una medicina el màxim rigorosa, seguint els principis que hem esmentat i que tan escolàsticament ha descrit el Dr. Pons, realitzaran una medicina menys preocupada en aquestes premisses de qualitat i, simplement, es limitaran a efectuar una pràctica mèdica rutinària, més orientada al tractament simptomàtic, a la derivació dels malalts als especialistes i, en alguns casos, a la remissió del pacient a un servei d'urgències.

En un pla ideal, al meu criteri i seguint el que han recomanat els grans experts en assistència clínica, les pautes a seguir, un cop assolits els coneixements que hem anat esmentant i amb la predisposició d'ajudar el màxim el pacient, serien les següents:

1) En primer lloc, cal fer una anamnesi molt completa

i sempre sistemàtica, començant amb la història actual, precisant l'inici de les alteracions i les seves circumstàncies; després es recolliran tots els antecedents personals des del naixement i tenint en compte específicament aquells antecedents que puguin estar relacionats amb la malaltia actual; seguidament repassarem els antecedents familiars de pares i germans per si han patit algunes malalties rellevants, sempre posant atenció en les que puguin tenir relació amb la malaltia actual del nostre pacient; seguirem amb l'anamnesi de malalties, interrogant aparell per aparell; sempre preguntarem per la història al·lèrgica i interrogarem sobre eventuais reaccions adverses davant d'algun fàrmac i, si és així, les anotarem amb algun senyal cridaner al llistat de problemes; i, finalment, preguntarem per la professió i les circumstàncies de la feina: exposicions nocives, relacions humanes, etcètera.

És molt rellevant deixar parlar el o la pacient abans d'interrompre i començar a fer preguntes, ja que sense la pressió de les preguntes, els pacients ens poden donar una informació més personal i real que potser no haguéssim descobert amb un interrogatori dirigit. Una anamnesi d'aquest format requerirà com a mínim 20 minuts i amb facilitat es pot allargar als 30 minuts (i òbviament molt més). Aquest és un punt clau per a qualsevol sistema sanitari per tal de fer un diagnòstic més precís i, com referirem després, per estalviar diners.

2) Després es passarà a l'exploració per aparells i, segons cada especialitat, l'exploració serà més intensa en diferents òrgans, extremitats, etcètera. En tot cas, l'exploració cardiopulmonar i abdominal i el registre de la tensió arterial han de formar-ne part sempre.

3) Finalment, el metge, amb totes aquestes dades, fent servir els seus coneixements i experiència, orientarà les troballes cap a una o unes eventuais malalties que pot tenir el pacient i, aleshores, sol·licitarà les proves complementàries més adequades per tal d'arribar a un diagnòstic amb el màxim de precisió.

4) Amb totes aquestes dades es confeccionarà el llistat de problemes, on, com hem dit, hi figuraran les al·lèrgies i les reaccions adverses a fàrmacs. Aquest llistat s'anirà completant a mesura que vagin arribant les proves complementàries sol·licitades i s'anirà ampliant en les visites successives.

Bé, aquest és l'esquema que s'hauria de fer sempre i que, per a moltíssims metges, serà impossible de dur a terme, ja que es necessita un temps del qual moltíssims metges no disposen. És aleshores quan el facultatiu farà el que pugui fer. Però hem de saber, i sobretot han de saber els qui organitzen l'assistència, sigui pública o privada, que si no s'efectua aquesta pauta que hem descrit, els errors seran força freqüents i la despesa augmentarà. A més, amb aquesta manera d'actuar, el més perjudicat serà el pacient, ja que no solucionarà el seu problema i, de resultes d'això,

es multiplicaran les visites successives al metge i, eventualment, a d'altres especialistes; caldrà demanar més proves per tal d'arribar a un diagnòstic més precís i, entretant, es prescriuran fàrmacs que moltes vegades seran molt cars; també és possible que s'hagi d'enviar el malalt a altres especialistes o a urgències, o, per ventura, serà el mateix pacient que hi anirà pel seu compte. En definitiva, que a més del patiment del malalt es generarà un enorme malbaratament de diners.

Lògicament, també el metge ho passarà malament, ja que l'angoixa de fer les coses embastades i no tenir el cas resolt el portarà a patir angoixa i, quan això succeeix en uns quants dels seus malalts, serà quan pot arribar a patir

la síndrome d'esgotament professional (*burn-out*), amb la freqüent necessitat d'ajut psiquiàtric, tal com està ben documentat.

Els gestors de la medicina segurament ja saben que “el barat és car”, doncs mentre s'intenta estalviar d'una banda, resulta que la conseqüència és que la despesa de no fer-ho bé resulta una ruïna.

REFERÈNCIA BIBLIOGRÀFICA

1. Pons JMV. Com pensen els metges. *Annals de Medicina*. 2025;108:98-104.