

Interacción Padres - Médico - Paciente en el Tratamiento de la Otitis Media

Richard M. Rosenfeld

No se trata exactamente de un capítulo de Medicina con base en la evidencia y sí de como hacer que su consultorio esté lleno de pacientes a los que Usted les agrada, que están dispuestos a pagar por sus servicios, que quieren regresar, que quieren tener buenos resultados y no quieren llevarlo a juicio. Por esto vamos a intentar colocar este aspecto bastante práctico en un contexto de evaluación o de estudio.

Se trata de una situación muy común que se enfrenta en Estados Unidos: para su mayor conveniencia los padres con varios hijos tienen la oportunidad de tener un farmacéutico en casa para atender sus necesidades. Tenemos una epidemia de atención médica pero es importante saber lo que piensan los padres en relación a esa situación. Si no todo lo que hagamos podrá fallar. Como utilizar entonces éstas informaciones.

La Medicina con base en evidencia comprende tres aspectos:

- a) las evidencias de los estudios que tienen sus limitaciones; b) la “llamada experiencia clínica” que es siempre útil pero nunca sustituye a la evidencia;
- c) por último tenemos los pacientes mas difíciles con sus tendencias, preferencias, creencias y escalas de valores que acaban siempre dándole problemas a lo que usted esta tratando de hacer.

Tuve el placer de trabajar en los últimos años con el Dr. Robert Ruben y algunos otros colegas de la Secretaria de Salud de Nueva York (EUA) intentando implementar de forma inteligente, una estrategia para la observación de niños con otitis media sin causar mayores problemas. Se distribuyeron folletos informativos, educativos a más de 10.000 médicos en el estado de New York. Estos folletos básicamente describían como observar a los niños con otitis media (OM) con menos de dos años de edad pidiéndole a los padres que se integraran en el tratamiento de los hijos, haciendo una observación selectiva en algunos pacientes, sin el uso de antibiótico. Es importante orientar para que los padres se integren con lo que se esta haciendo, caso contrario ellos van a pensar que Usted no esta haciendo lo correcto al no prescribirle un antibiótico. Los padres deben saber lidiar con esta cuestión.

Se publicó un artículo sobre la observación de los niños con otitis media al utilizarse “una receta de seguridad” (Siegel et al. Abstract 93. Ped Academic Societies Meeting, May 2002 Baltimore). El médico orientaba a los padres a

observar a los niños por 48 horas y en caso de que el niño no mejorara entonces ellos debían comprar el antibiótico de la “receta de seguridad”. Por lo menos en los niños sin fiebre alta, un grupo relativamente pequeño, se pudo evitar el uso de antibióticos. Sin embargo, los médicos prescribían analgésicos. Este abordaje de educar a los padres y no dar antibióticos es muy diferente que no ofrecer tratamiento, intervención o alivio del dolor.

Somos todos Profesionales de la Salud y promoviendo la orientación creemos que nuestras acciones van hacer que los pacientes mejoren. Allí pueden ocurrir cambios y creemos que ellos se deben a lo que hicimos. Los profesionales reciben crédito por lo que hacen especialmente los profesionales de terapias alternativas. Vamos a explorar esta cuestión un poco más. Realizamos un estudio sobre la calidad de vida en los niños con tubos de ventilación (TV) y observamos que en corto plazo había cambios muy favorables. En los Estados Unidos después de la introducción de los TV: 80% de los niños tuvieron mejoría en su calidad de vida y aquellos que no tuvieron mejoría fueron los que presentaron otorrea y los padres no estaban satisfechos al ver sangre y pus saliendo del oído del niño. ¿Esto quiere decir que los TV eran eficaces y que hacían que los pacientes mejoraran? Me gustaría creer que sí, pero creo que esto no es necesariamente el caso. De un lado, están nuestras acciones - colocación de un TV y otros tratamientos - y del otro lo que ocurre y - cuanto mas atendemos a los niños mas percibimos que varias cosas ocurren sin que se haga nada.

Además de eso hay lo que se imagina que se esta haciendo el llamado efecto placebo. La naturaleza tiene una fuerza increíble de cooperación para la otitis media (OM) y al hacer algunos estudios sobre otitis media aguda (OMA), otitis media aguda recurrente (OMAR) y otitis media con efusión (OME) podemos ver que la historia natural es muy favorable y que prácticamente todos los clínicos competentes e incompetentes, sanos o no sanos, cualquiera puede tratar bien la otitis media porque independientemente de lo que se haga, el paciente generalmente mejora. Es una patología muy buena porque se le puede tratar sin tener muchos conocimientos y el resultado es excelente. El problema es que el médico reciba el crédito por lo que hace la Naturaleza.

Galeno, un médico griego, dijo hace 2.000 años, que el médico es el asistente de la Naturaleza. Por consiguiente el médico no debe recibir los créditos pues en verdad, la Naturaleza es la que hizo el trabajo. Galeno fue un autor prolífico y publicó 22 libros de Medicina en su tiempo, doblando el número de libros de literatura médica de su época. Por tanto, solo un médico dobló el conocimiento de la Medicina. Creo en él y creo en la importancia de la Naturaleza. Podemos hacer varias cosas interesantes. Hay varias terapias que nunca demostraron ser mejores que la Naturaleza. Las personas mejoraban después de esas terapias. Sin embargo mejorar después de una intervención es diferente de mejorar por causa de una intervención. Muchos profesionales construyen su reputación y riqueza recibiendo los créditos que deberían de haber sido dado a la madre Naturaleza.

Vamos hablar de esto ahora. Ya hablamos de lo que se hace realmente - lo que nosotros hacemos - y lo que habría ocurrido de cualquier manera. Es importante que conozcamos lo que el paciente cree que fue hecho. Esto es diferente a lo que

Usted hizo, o sea esto puede ser llamado de respuesta placebo, que es también llamada de autosugestión, el poder del pensamiento positivo, su capacidad de convencimiento.

Es interesante que lo que fue hecho por el médico siempre tiene una respuesta placebo principalmente si el utiliza intervenciones interesantes y sofisticadas. Esto crea un efecto positivo en la cabeza del paciente. El placebo no es apenas un pequeño comprimido. Cualquier cosa puede ser un placebo, inclusive su sonrisa en el consultorio, la manera como Usted toca a su pequeño paciente o coloca su mano en el hombro de los padres, su gesto caluroso o cuanto demuestra que esta preocupado, imágenes positivas, ausencia de amenaza. Todo esto crea una actitud positiva en los pacientes.

Por esto la pregunta es: ¿Es posible estudiar esto, medir esta respuesta a placebo?

En un libro fantástico llamado La Respuesta Placebo (Brody H. New York: Harper Collins Publisher, 2000) se define la respuesta placebo como una alteración orgánica debido a un significado simbólico: lo que el paciente cree que realmente ocurrió. Esto es muy bueno principalmente para los médicos simpáticos y atentos. Esta respuesta tiene tres componentes:

- a. Primero explicar adecuadamente para que el paciente salga del consultorio sabiendo lo que esta ocurriendo y sabiendo cual es la historia natural de la enfermedad y porque no debe preocuparse.
- b. Segundo, es importante demostrar que esta preocupado, conversar con el paciente, responder preguntas. No necesita perder mucho tiempo pero es necesario dar al paciente la impresión que Usted realmente se preocupa por el.
- c. Cuando el paciente sale de su consultorio, él se siente mas preparado para lidiar con la enfermedad y tiene un cierto dominio sobre la situación.

Yo convencí recientemente algunos de mis residentes a utilizar las respuestas placebos. Realizamos un estudio que evaluó tres ítems: a) si los pacientes recibían una explicación significativa, b) si había demostración de preocupación y atención con el paciente, y c) si se sentían con algún dominio de la situación. En los pacientes estudiados obtuvimos buenas características sicométricas y los pacientes relataron que tenían sentimientos positivos bien definidos al final de la consulta. En un nuevo estudio uno o dos meses después se estudió lo que estaba ocurriendo con los niños con otitis media. Las respuestas en ese estudio demostraron una pequeña, pero significativa correlación entre el grado de cambio y como se sentían los padres (Ovchinsky & Rosenfeld, AAO-HNS Annual Meeting 2002, San Diego, CA). Los padres que salieron del consultorio con una buena explicación, un médico preocupado, y sabiendo como lidiar con las cosas independientemente de lo que era hecho, tenían hijos que mejoraban en cerca de dos meses y estos se sentían mejor. También fue evaluada la satisfacción con la decisión (Parhiscar & Rosenfeld, Otolaryngol Head Neck Surg 2002;126:365-70). Fueron evaluados 150 pacientes que tenían cirugía ambulatorial marcada y la tasa

de cancelación de esta cirugía. Los pacientes que se sentían más cómodos con las explicaciones o decisiones cancelaron con menor frecuencia la cirugía. Esto es una forma más práctica, por lo menos en los Estados Unidos, donde los médicos que son procesados, no son necesariamente aquellos que hacen cosas erradas, y sí aquellos que no le agradan al paciente. Por tanto hay una gran ventaja en hacerse de un buen relacionamiento con su paciente. Existen varios estudios que muestran que inclusive los médicos incompetentes no son procesados porque le agradan a sus pacientes y ellos creen que son buenos médicos. En resumen estudiamos tres componentes:

- a. El efecto de la terapia que incluye las terapias convencionales, alternativas y la combinación de las mismas.
- b. La respuesta placebo que incluye la explicación adecuada al paciente o a sus padres en el caso específico de la otitis.
- c. Y por fin, la expresión de preocupación y atención del médico con relación al caso además del dominio de la situación por los padres.

Con relación a la otitis media de acuerdo con la historia natural que es favorable, el único control que el médico necesita tener es explicarles a los padres que el niño va a mejorar. Tal vez mejore de aquí a tres o seis meses pero muy probablemente va a mejorar. La resolución espontánea es parte de la historia natural, las fluctuaciones que ocurren y las regresiones para un estadio medio inclusive en los niños que llegan a una enfermedad más avanzada. Todos tienden a mejorar independientemente de lo que usted haga.

Un último comentario. También necesitamos entender el significado de la palabra anestesia. Esta es una palabra que causa un gran impacto. Muchos niños se beneficiarían de la implantación de un TV pero los padres tienen miedo del procedimiento que necesita de anestesia. Tratar de hacer la cirugía en estos pacientes es ciertamente una dificultad pues los padres no van a aceptarla. No es consistente con su sistema de valores.

Yo explico el riesgo de muerte por la anestesia que es de aproximadamente uno en cincuenta mil e inmediatamente oigo que ellos prefieren que sean cero en cincuenta mil. Les explico entonces que otras actividades que hacemos todos los días también tienen este riesgo: 40 horas manejando un carro o bicicleta, algunas horas esquinando o andar en motocicleta por una hora tienen el mismo riesgo de muerte. Si estuviera en New York o en otra ciudad grande, el riesgo de 340 viajes de elevador es el mismo de la anestesia. Son riesgos graves. Muchos de los pacientes que tienen estos valores van a decir que no van a manejar más, ni subir a las montañas, tomar el elevador o andar en moto. De cualquier forma estamos lidiando con una interacción completa de todo el sistema de valores: la familia, otros profesionales, y el niño. Siendo así, pienso que en último análisis, lo que produce resultados es su capacidad de enfocar las cuestiones relativas a la respuesta placebo respetando los valores de los pacientes y promoviendo más satisfacción y valor en sus acciones.

Lecturas recomendadas

1. Rosenfeld RM. Otitis, antibiotics, and the greater good. *Pediatrics*. 2004 Nov;114(5):1333-5.
2. Ovchinsky A, Ovchinsky N, Rosenfeld RM. A new measure of placebo response and patient satisfaction in office encounters. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2004 Sep;131(3):280-7.
3. Roberts J, Hunter L, Gravel J, Rosenfeld R, Berman S, Haggard M, Hall J, Lannon C, Moore D, Vernon-Feagans L, Wallace I. Otitis media, hearing loss, and language learning: controversies and current research. *J Dev Behav Pediatr*. 2004 Apr;25(2):110-22. Review.
4. Roberts JE, Rosenfeld RM, Zeisel SA. Otitis media and speech and language: a meta-analysis of prospective studies. *Pediatrics*. 2004 Mar;113(3 Pt 1):e238-48.
5. Rosenfeld RM. Uncertainty-based medicine. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003 Jan;128(1):5-7.
6. Goldstein NA, Fatima M, Campbell TF, Rosenfeld RM. Child behavior and quality of life before and after tonsillectomy and adenoidectomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002 Jul;128(7):770-5.