

PROYECCION SOCIAL DEL MEDICO DE UNA EXPEDICION

DR. J. TENA MARSÁ.

El año pasado tuve la oportunidad de ser el médico de una expedición que dirigió sus pasos al Pakistán, concretamente a la cordillera del Hindukush, con el objetivo de efectuar la ascensión al Saraghrar Peak por su espolón sudoeste. Aunque como saben ustedes la expedición no fuera coronada con éxito, las innumerables experiencias vividas, el contacto con el país y su gente, los viajes por pistas intran-sitables, la marcha de aproximación, el calor, el cansancio, la comida, las agradables veladas en el campo base, otras más incómodas en los campamentos de altura, la pared, la lluvia y la nieve y mil otras cosas más forman todas un conjunto de recuerdos inolvidables.

A la vuelta se me invitó como ponente de estas IIIas. Jornadas de Medicina de Montaña que en estos días se celebran, invitación que acepté muy complacido.

La exposición del tema versará sobre dos aspectos, el primero de ellos relacionado con los habitantes del país y el segundo con el grupo expedicionario.

HABITANTES DEL PAIS

Las expediciones que han tentado su suerte en las grandes cordilleras del centro geométrico del continente asiático se han caracterizado en rasgos generales por ser expediciones pesadas, es decir, con un gran volumen de material, un buen bagaje de provisiones y muchas toneladas de peso a transportar, con la idea de permanecer en las montañas durante días, semanas, incluso meses.

Estos factores, la lejanía de centros civilizados y el aislamiento condicionan a los organizadores a incluir en las mismas un médico. Así

recordamos los nombres de los médicos ligados a la historia de las primeras exploraciones y más tarde de las más importantes expediciones, las de los ocho miles para no citar más que algunas.

En medio de estas grandes cordilleras, surcadas por glaciares impracticables quedan delimitados unos valles en donde habitan agrupados o dispersos en pequeños poblados unas gentes, hombres, mujeres y niños, y no incluyo los ancianos porque no existe allí la tercera edad, en unas condiciones de vida infrahumanas si queremos compararlas a las nuestras.

Para todos estos habitantes la llegada de una expedición representa un gran acontecimiento. Quiero citar textualmente a FOSCO MARAINI en su libro «Gasherbrum IV, otro gigante vencido» al hablar de este tema: «Representamos lo exótico del mundo de fuera, los magos de las píldoras y de las máquinas, llevamos cajas que hablan y cristales que ven, botellas que curan y dinero, más dinero, ríos de dinero. ¿De dónde venimos?, ¿a dónde vamos? y ¿por qué todo esto?», y si nos detenemos a pensar en ello veremos que es cierto, muy cierto.

Cualquier cosa, por insignificante que sea, puede llegar a convertirse para ellos en un útil de valor incalculable, un pitón, un mosquetón, un tubo de goma, un retal de plástico, una lata vacía, un casco inservible... El día que partimos del campo base recuerdo a los porteadores merodeando alrededor de los escombros recogiendo las cosas más inverosímiles antes de que fueran destruidas por el fuego.

No hay duda de que una expedición repre-

senta una importante aportación económica para sus habitantes que repercute en beneficios de una forma muy directa. Un porteador nuestro llegaba a cobrar unas 240 pesetas por jornada de trabajo, acarreando 30 kgs. de peso durante la marcha de aproximación. Con ello algunos conseguían el dinero suficiente para vivir él y su familia el resto del año. Claro que... no tenían problemas con el índice del coste de la vida ni con la inflación, pero sí problemas de contrato laboral.

En efecto, se originaban reyertas entre ellos para estar incluidos en una lista que confeccionaba el cacique del pueblo, según simpatías personales, inclusión que significaba automáticamente el cobro de una comisión de cada uno. Estas reyertas se hacían extensas entre los habitantes de los diferentes valles.

¿Qué es el médico para estos hombres? ¿Qué representa? Es difícil obtener una respuesta válida a estas cuestiones. Saben por otras expediciones, que entre nosotros hay uno que conoce las enfermedades, entendido en pildoras y práctico en realizar curas. La noticia de su llegada se divulga si es preciso por todo el valle. El médico es esperado, se le va a buscar o incluso se traslada al enfermo desde otros poblados. El verdadero enfermo, el enfermo orgánico, es el que suele iniciar el contacto con el médico; después, tras éste, se precipita una avalancha de «otros» enfermos o presuntos enfermos o curiosos simplemente en busca de la pildora mágica y uno se ve entonces desbordado por el gran número de pacientes a los que hay que atender.

Existen limitaciones importantes que dificultan la relación médico-enfermo, son la cultura, la religión y el idioma. Intentemos analizarlas individualmente.

Cultura

Para un hombre poco instruido es difícil hacer una valoración subjetiva de su sintomatología y expresar correctamente sus dolencias. Por experiencia sabemos que esto ocurre también en nuestro ambiente. ¿Qué distinto es confeccionar una historia clínica a un paciente medianamente inteligente o a otro prácticamente analfabeto!

Religión

La religión musulmana es represiva para la mujer; ésta permanece encerrada en casa la mayor parte del día y cuando sale de ella lo hace con la cara cubierta, huyendo de miradas extrañas.

Dos anécdotas que ilustran este punto.

En Drasan, aldea en donde iniciamos la marcha de aproximación, el propietario del terreno en donde habíamos acampado me explicó que su mujer venía aquejando dolor en una rodilla desde hacía mucho tiempo. Me creí en la obligación de tener una cierta consideración hacia la paciente y me ofrecí para visitarla en su casa. Conducido ante ella establecimos un diálogo mediante signos y deduje que se trataba de una monoartritis de muchos meses de evolución. Era el primer caso orgánico que vivía y estaba ansioso por efectuar una exploración completa de aquella rodilla; por mi mente había pasado la idea de practicar una artrocentesis si el caso lo hubiera requerido... La decepción fue grande, no sólo por no haber conseguido puncionarla sino que incluso no llegué a saber si estaba en realidad tumefacta. ¿Cómo podía imaginar que una mujer musulmana mostraría su rodilla a un extraño?

En Lasht ocurrió otro caso. La máxima autarquía de la aldea nos ofreció gentilmente su casa para pasar la noche. Nos explicó que una mujer que tenía en casa, su esposa o una hija, no llegó a esclarecerlo, presentaba fiebre alta desde hacía 15 días a raíz de un parto. A la mañana siguiente nos trasladamos donde se hallaba la paciente. La llegada fue previamente anunciada a voces para que ninguna mujer osara asomar su cabeza en el patio, donde se hallaba, sentada en un camastro una niña con ojos tristes y de aspecto enfermizo. Lucía sus mejores vestidos. Tenía 12 años. El parto había sido muy dificultoso y desde entonces presentaba fiebre acompañada de un deterioro progresivo de su estado general. Inicé la exploración con mucha cautela cuidando no herir el pudor de la adolescente. Previamente tuve que pedir permiso a los familiares para efectuarla. La paciente tenía una gran palidez y estaba febril y taquicárdica. Conseguí palpar el abdomen y efectuar una auscultación cardíaca y pulmonar así como puño-percusión renal. Deduje se trataba de una fiebre puerperal y desconozco si mejoró con los antibióticos prescritos.

Idioma

El idioma es el tercer obstáculo que dificulta la relación médico-enfermo. Para efectuar la anamnesis de este último caso utilizábamos cuatro idiomas: catalán, inglés, urdú y chitralí. Es decir, desde la exposición de la pregunta hasta la obtención de la respuesta las frases y oraciones se procesaban a través de tres intermediarios mediante seis traducciones. ¿Se pueden pedir más imprecisiones?

Cada una de estas limitaciones es suficiente «per se» para dificultar en alto grado la re-

lación médico-paciente. Pero cuando se presentan conjuntamente como aquí ocurría sus efectos se potencian, estableciéndose una barrera infranqueable que sólo la objetivación de signos externos en el paciente es capaz de romper.

¿Cuál ha sido la evolución de estos pacientes? ¿Qué curso siguió la fiebre en aquella niña ya mujer? ¿Este impétigo ha curado? Las incógnitas quedan en el aire.

EFFECTOS DE LOS MEDICAMENTOS

Farmacológico

Sabemos por los documentos escritos de médicos de otras expediciones de la muy buena respuesta a los fármacos en particular a los antibióticos por los autóctonos del país. En teoría se comprende que deba ser así ya que los gérmenes responsables de la infección son «vírgenes» en el sentido de no haber estado en contacto con sustancias antibióticas y consecuentemente no haber podido desarrollar resistencias. Desconozco esta experiencia ya que, como he dicho anteriormente, no pude comprobar la evolución de los pacientes a quienes tuve ocasión de administrárselos.

Psicológico

En lo referente a la medicina psicosomática no hay duda de que la efectividad del fármaco se ve multiplicada por cein.

Una vez visto el enfermo orgánico, tras él se formaban largas colas de «otros» enfermos; ¿orgánicos?, probablemente los habría; ¿funcionales?, también. Puestos en pie frente a frente médico y enfermo, casi sin preguntar por su dolencia el paciente señalaba con la mano la localización de su afección, acompañándola de abundante y rica mímica facial que daba a entender se trataba del síntoma dolor. Dos eran las localizaciones dolorosas principales, la cabeza y el epigastrio. Sin profundizar más al primero se le administraba una aspirina y al segundo una tableta antiácido. Un tercer enfermo-tipo era el que venía gesticulando con los brazos caídos en actitud de simio dando a entender se trataba de una astenia. Estos últimos recibían en su mano unas grageas vitamínicas.

Para estos pacientes el fármaco tenía más efecto de magia que de droga. Más aún, algunos de ellos, después de recibir las píldoras, se las intercambiaban entre sí según apetencias personales de formas y colores y estoy convencido que muchas cefaleas calmaron con hidróxido de aluminio u otra gragea de vitaminas. Lo

aquí expuesto deja un campo abierto a la investigación psicofarmacológica.

Como resumen puede afirmarse que cabe la práctica de dos tipos de medicina; una con escaso número de enfermos, real, con el fundamento de causa y la científicidad que permitan los signos externos que se objetivan y otra de gran volumen de pacientes, expeditiva, en manera alguna comprometida y muy psicosomática.

Iodo. Bocio. Hipotiroidismo. Cretinismo

Existe una enfermedad endémica en estos valles inaccesibles y es la que va ligada al metabolismo del iodo con su glándula endocrina «princeps», el tiroides. Esta enfermedad deficitaria está ampliamente extendida, siendo muchos los que muestran en la cara anterior del cuello un bocio más o menos voluminoso, ya sea difuso o nodular, de tamaños y formas variables. No parece disminuir su fortaleza física pero sí entorpece sus expresiones y reflejos. Cretinos los hay, y no pocos, pero entre todos ellos siempre sobresale uno en el que la manifestación de la enfermedad es extrema.

En ningún momento se me ocurrió la idea de afrontar el problema mientras realizábamos los preparativos de la expedición; ignoro si otras expediciones se han ocupado de ello de manera especial. Pensemos que es una enfermedad crónica que no puede resolverse ni en un día de paso ni en dos meses de estancia. Es una gestión a resolver por el Ministerio de Sanidad de los países afectados de común acuerdo con las directrices que la O. M. S. tiene programadas para estos casos.

Las medidas se basan en hacer uso de la sal iodada, es decir, sal común a la que se ha añadido yoduro sódico en una proporción adecuada (1/100.000 aproximadamente) valorando el grado de deficiencia de iodo de la zona y el tipo de comida que suele ser excesiva en sal y especias, a la vez que se efectúan controles periódicos para ajustar las necesidades medias diarias.

De la misma forma que el Gobierno se ocupa del índice y control de la natalidad, poniendo a disposición del público en las farmacias, tiendas incluso en paradores de turismo, productos espermicidas con un folleto adjunto indicando el cómo y cuándo usarlos, debería darse un paso adelante en este otro problema, iniciando programas de actuación para hacer frente a esta importante y grave endemia.

Finalmente les diré que no todos los pacientes fueron seres humanos. También puede uno actuar como veterinario.

GRUPO EXPEDICIONARIO

Necesidad de un médico

Tengo la costumbre de no cargar en mi mochila, en las salidas de fin de semana, ni una «trita», ni un supositorio, ni una triste aspirina; ya no hablo de un botiquín reducido.

Soy de la opinión que las pequeñas dolencias que puedan ocurrirnos o bien no precisan tratarse y curan solas, o pasan con relativo sufrimiento sin ninguna otra trascendencia; un dolor de cabeza, un rasguño, una contusión, una diarrea, son afecciones que no tienen importancia. Si mucho me exigen les diré que un cólico nefrítico puede calmarse con una cantimplora de agua caliente o mediante una maniobra de Sanmartino. Aunque visto desde otro ángulo tampoco es pedir mucho llevar un supositorio espasmolítico.

Y las dolencias de mayor importancia, sean enfermedades o traumatismos no pueden solucionarse con un pequeño botiquín ni tampoco grande, siendo preciso renunciar a la montaña bien por medios propios o mediante una evacuación ayudado por otras personas.

Por comparación y aplicando una simple regla de tres podemos estar tentados a llegar a la conclusión de que una expedición tampoco precisará médico, y esto es falso. No es lo mismo un montañero situado en Nuria, en el Pedraforca o en el Vignemale, a unas horas de distancia de un centro hospitalario que los miembros de una expedición situados a más de 5.000 metros de altitud y a muchos días de distancia de un hospital.

Es cierto que mientras no surjan problemas de envergadura cualquier expedicionario puede estar preparado para resolverlos; sólo precisa tomar interés en conocer cuatro técnicas, hacer una cura, poner una inyección, realizar una inmovilización aceptablemente correcta y el nombre y utilidad de los fármacos de que dispone así como las enfermedades que más comúnmente se presentan, los signos y síntomas con que suelen manifestarse y la forma de tratarlas. Tampoco sería conveniente que profundizase demasiado en la teoría para no caer en el otro extremo de que cualquier dolor abdominal poco o nada localizado en fosa iliaca derecha le hiciese creer que se halla ante un proceso apendicular.

Pero las cosas no se quedan ahí y las enfermedades que se presentan no son de solución tan simple. Los días que dura la expedición y el progresivo deterioro físico por la alimentación, el clima y la altitud, son factores que aumentan la probabilidad de que cualquier miembro de la misma enferme, sufra congelaciones o tenga un accidente. El aislamiento es un factor muy importante y un médico llega a ser indispensable.

Posibilidades de elección

Médico alpinista: Que el médico sea un verdadero alpinista, con un buen «curriculum» personal de importantes ascensiones, muy preparado técnicamente, lo que le convierte en un elemento más de la expedición, siendo a veces el organizador y líder de la misma. Analicemos las ventajas e inconvenientes de esta condición.

En primer lugar representa un ahorro económico importante que el cajero de la expedición, danzando siempre en la cuerda floja del debe y haber y de las cuentas presupuestarias, agradecerá sin duda alguna. Una misma persona desarrolla entonces dos funciones que no podrá desarrollar al máximo de sus posibilidades debiendo supeditar una a la otra. En este caso la técnica alpinista supeditada a la misión médica. Aunque pudiera estar preparada para ser un hombre-punta, se sacrificara y renunciara a ello, quedando en un segundo término como hombre-apoyo, dispuesto en cualquier momento a acudir a los campamentos superiores o inferiores si sus cuidados fueran precisos.

Una segunda ventaja la constituye el hecho de que el médico suele estar más integrado dentro del grupo, mejor adaptado al equipo. Ello es debido a que mantiene contactos con otros miembros mucho antes de iniciarse la expedición y conoce mejor las cualidades de uno y los defectos del otro. No será, sin duda alguna, la primavera vez que forme cordada con el otro ni que comparta la misma tienda.

La aceptación por parte del grupo es como alpinista, llegando incluso a olvidar su condición de médico.

Médico no alpinista: La segunda posibilidad es buscar un médico no alpinista. Deberá exigírsele una mínima introducción en el ambiente montañero, o por lo menos tenga un espíritu aventurero o una motivación personal y estar dispuesto a cargar con las incomodidades propias de la montaña. En este caso estará prácticamente obligado a permanecer muy ligado en el campamento base durante el tiempo que dure la ascensión. La ubicación de éste, sus alrededores, la disponibilidad de hombres libres, los períodos de descanso que la expedición se concede a sí misma, condicionarán esta permanencia.

El médico será un elemento nuevo y en cierta manera extraño al grupo, pudiendo ser aceptado globalmente o rechazado parcialmente por alguno o algunos de los hombres que componen la expedición. No analizaremos el caso de rechazo total ya que cae por su propio peso la inviabilidad de esta situación.

Aceptación global: Por afinidad de carac-

teres y personalidades desaparecerá paulatinamente la condición de elemento extraño a la vez que irá integrándose en el grupo. Esto se consigue mediante contactos, conocimientos, reuniones y salidas colectivas durante el tiempo que duren los preparativos antes de emprender el viaje. Si estos injertos prenden lo más probable es que durante la expedición se fortalezcan y profundicen aún más, Estaremos en lo que al grado de aceptación se refiere como en la disyuntiva del médico-alpinista.

Rechazo parcial: Sucede en ocasiones que algunos elementos del grupo no aceptan al médico, ya sea porque no encajen sus caracteres ya porque le consideren como un elemento impuesto por la normativa oficial y del que pueden perfectamente prescindir.

Estas discrepancias pueden permanecer ocultas durante los preparativos de la expedición —falta de contactos; solución expresa de compromiso por ambas partes elaborada muchas veces en el subconsciente—. El peligro de esta situación es que se manifiesten por primera vez en el campo base donde la convivencia es diaria durante las 24 horas del día en una situación de «stress» mantenido.

Pero no todo han de ser inconvenientes. También existen ventajas.

Esta semi-integración en el grupo brinda al médico una plataforma desde la cual puede actuar como moderador ante un problema determinado, sea por ejemplo una decisión de importancia vital para la expedición. El médico podrá ver las cosas desde un punto de vista no tan apasionado, más frío, más equilibrado, aséptico y analítico, influenciado quizás por su profesión, habituado, ante un enfermo determinado, a valorar sistemáticamente toda su extensa sintomatología, recogiendo aquellos puntos básicos sobre los que construye su hipótesis diagnóstica y rechazando los superfluos que no tienen relación con la enfermedad.

Marco de la expedición

Una expedición es una comunidad de personas a las que une una misma ilusión: conquistar una cima. La montaña representa el «farcell» que la engloba y la cumbre el lazo que la soporta. Las relaciones inter-personales de los diferentes miembros que la integran adquieren una amplia gama de matices, desde una sincera amistad, pasando por la indiferencia y llegando a divergencias incompatibles con una convivencia normal.

Esta comunidad que pausadamente ha tejido sus lazos de unión se ve de repente transplantada en un campamento base, aislada del resto del mundo, en un medio árido, obligada a permanecer allí durante un tiempo determinado.

luchando día a día continuamente contra las resistencias que la montaña opone, en una situación agotadora tanto física como psíquicamente. Se comprende que en un momento determinado estalle la tensión almacenada durante tantos días manifestándose más plena y espontáneamente las divergencias hasta entonces reprimidas. Ante una rencilla personal, siempre y cuando el médico no participe en ella, éste, simplemente por su condición humana, puede aportar el toque de la reconciliación.

Función propia del médico

No voy a profundizar hablando de congelaciones, deshidrataciones, mal de montaña, traumatismos, evacuaciones, etc.; no es el tema que hoy nos ocupa.

Quería sin embargo, y finalizo con esto, dar unas pinceladas sobre dos aspectos psíquicos que matizan esta labor médica. Uno se refiere al escalador y otra al propio médico.

El escalador es un hombre que utiliza sus manos y pies para «vivir» la montaña tal como él lo desea. Es lógico pues que esté preocupado por sus apéndices digitales y el temor de perderlos a causa de las congelaciones, puede cristalizar en un menor rendimiento físico. La sola presencia de un médico, el saber que existe alguien que podrá cuidar de estos útiles tan preciados en caso de que así lo requieran, puede representar para él la entrega total a la lucha con la montaña, ahogando en cierta manera el instinto de conservación propio de cada ser.

En nuestro ambiente hospitalario es una norma general plantear un diagnóstico diferencial lo más extenso y razonado posible antes de someter al paciente a una intervención quirúrgica; de tal forma que éste llega al quirófano con una alta probabilidad de certeza diagnóstica. Pero ante la mínima duda que pueda plantearse no se vacila y suele adquirirse una actitud agresiva (intervencionista). Y el error diagnóstico, caso de producirse, no trasciende ante la prevalencia de la duda razonada. Al fin y al cabo la Medicina no es una ciencia exacta.

Esta flexibilidad de la que disponemos aquí no está permitida, ni siquiera soñada, en aquellas latitudes, y ante un caso determinado uno debe ser exigente al máximo en sus propios razonamientos y deducciones para no someter al paciente a dilaciones innecesarias que podrían poner en peligro su existencia ni precipitarse en la evacuación. Las decisiones a tomar deberán ser firmes por las consecuencias que llevan implícitas; no se puede jugar con la vida de una persona ni suspender el programa de la ascensión sin causa que lo justifique. Ambas son razones de peso para exigirse una certeza diagnóstica casi al cien por cien.

danilón[®] analgésico

el antiinflamatorio
potente
de rápida acción
analgésica



TRAUMATOLOGIA



REUMATISMOS



CIRUGIA



PEDIATRIA



RESFRIADO COMUN Y GRIPE.



ODONTO-ESTOMATOLOGIA

Presentación

Danilón analgésico

Cápsulas

Frasco con 30 cápsulas.

P. V. P.: 139,- Ptas. (imp. incl.)

Cada cápsula contiene: 1,2-difenil-4-(β -carboxipropionil-oxi-metil)-4-butil-1,2-diazaciclopentano-3,5-diona (Suxibuzona), 0,075 g; n-acetil-p-aminofenol (Napa), 0,300 g.

Danilón analgésico 500

Supositorios:

Caja con 10 supositorios

P. V. P.: 101,- Ptas. (imp. incl.)

Cada supositorio contiene: 1,2-difenil-4-(β -carboxipropionil-oxi-metil)-4-butil-1,2-diazaciclopentano-3,5-diona (Suxibuzona), 0,250 g; n-acetil-p-aminofenol (Napa), 0,500 g.

Danilón analgésico 200

Supositorios:

Caja con 10 supositorios

P. V. P.: 70,- Ptas. (imp. incl.)

Cada supositorio contiene: 1,2-difenil-4-(β -carboxipropionil-oxi-metil)-4-butil-1,2-diazaciclopentano-3,5-diona (Suxibuzona), 0,100 g; n-acetil-p-aminofenol (Napa), 0,200 g.

Contraindicaciones

A pesar de su excelente tolerancia se aconseja no prescribir DANILÓN ANALGESICO en pacientes con ulcus gastroduodenal, cardíacos descompensados, hipertensos, nefrópatas y hepáticos graves.

Incompatibilidades

No se han registrado incompatibilidades medicamentosas a excepción de los anticoagulantes, que pueden obligar a un reajuste de sus dosificaciones.

Efectos secundarios

Raramente pueden aparecer reacciones alérgicas. En los raros casos que se precise realizar un tratamiento de larga duración se vigilarán las cifras de leucocitos y plaquetas.

Dosificación

Danilón analgésico

Cápsulas:

Adultos: Dosis media 3 cápsulas diarias, preferentemente después de las comidas.

Niños: De 1 a 2 cápsulas al día.

Danilón analgésico 500

Supositorios:

Dosis media 2 supositorios al día.

Danilón analgésico 200

Supositorios:

Niños a partir de un año: De 1 a 2 supositorios al día.

Estas dosis pueden aumentarse según criterio médico.



Laboratorios del
Dr. Esteve, S.A.
Avda. Virgen de Montserrat, 221
Barcelona-13