

AMADO SAÚL*

IATROGENIA

EN LA

LEPRA

El médico, agente patógeno

AUNQUE el término iatrogénico se ha puesto ahora de moda, la existencia de enfermedades producidas por el médico o su equivalente: enfermeras, farmacéuticos, curanderos, data quizá, desde el mismo origen del hombre y su deseo de buscar remedio a sus enfermedades. Son clásicos los refranes: "es peor el remedio que la enfermedad" o "primero no hacer daño" cuando se quiere referir al peligro que tiene el médico de causar involuntariamente un daño a su paciente.

El médico, se ha dicho, con su autoridad constituye un agente patógeno de primer orden ya que él mismo no está libre de influencias de propagandas y de innumerables prejuicios manifestados en *vademecums*, artículos pseudocientíficos, agentes de propaganda, etc.

Las bien intencionadas campañas contra enfermedades importantes como el cáncer, la sífilis, la lepra, la tuberculosis, tienen también su fase negativa al originar muchas veces fobias colectivas. La idea de que todo en la piel es algo muy "horrible" o "contagioso" lanza a consultar a muchos pacientes que cuando topan con un médico consciente eliminan su preocupación, pero cuando aquel lejos de brindar apoyo a su paciente, se aprovecha de la situación por ignorancia o falta evidente de ética, mantiene el interés del enfermo en algo que no existe o que no es verdad.

El alarmismo de que a veces hace gala el médico es frecuente y peligroso y anula la modestia y el buen sentido común que deberá ser norma cuando trata al paciente. Le gusta hacer diagnósticos difíciles y comunicarlos a sus pacientes, a sus familiares, a sus colegas, sin pensar

* Profesor Ayudante. Cátedra de Dermatología de la Universidad de México. Médico del Centro Dermatológico Pascua de la Ciudad de México (Director: Profesor Fernando Latapí).

en las consecuencias que en el manejo del paciente traerá su indiscreción.

Es verdad que en ocasiones el problema es grave y es deber del médico decir la verdad, siempre la verdad, pero no toda la verdad y sobre todo hay que pensar como decirla, no hay que confundir la educación del paciente con la demostración de la "sabiduría" del médico o su "competencia" ante sus colegas.

El médico tiene la obligación de producir la mejoría y la curación de los enfermos que en sus manos se ponen y cuidar de no aumentar esas molestias o producir verdaderas enfermedades cuando no existen.

EL PROBLEMA IATROGÉNICO EN LA LEPROSA

Es la lepra una de las enfermedades en que con más frecuencia el médico produce daño sin proponérselo. Es una enfermedad muy antigua y carga desde tiempo inmemorial un prejuicio que ahora se antoja injusto y anacrónico y del cual no se salvan ni las personas que por su cultura y ocupación deberían estar al día en los conceptos actuales que privan sobre esta enfermedad como son los médicos, enfermeras, maestros o sacerdotes.

Es el prejuicio el causante de la desviación más grande e injusta que ha sufrido la humanidad enferma y si bien es cierto que es hasta apenas hace unos 30 años que han cambiado las ideas respecto a la lepra, también lo es que muchas personas siguen pensando en la enfermedad igual que lo hicieron en la edad media.

Son varias las formas como el médico puede producir daño en los pacientes de lepra:

1. *Por no hacer un diagnóstico a tiempo o por equivocaciones del mismo.*

La lepra es una enfermedad infecciosa que afecta la piel y los nervios periféricos, pero que en su forma lepromatosa es una enfermedad sistémica con lesiones en todos los órganos con sistema retículo endotelial.

Es una enfermedad progresiva e invalidante a largo plazo, de ahí la importancia del diagnóstico precoz antes de que haya lesiones irreversibles por ataque a los ojos o al sistema nervioso periférico.

Sus manifestaciones iniciales se encuentran en la piel: manchas hipocrómicas o eritematosas anestésicas, pequeños nódulos o infiltra-

ción de la piel con rinitis y alopecia de cejas, pestañas y vello del cuerpo. También es frecuente la anhidrosis inicial y los fenómenos disestésicos.

Si el médico no está preparado en forma elemental para este diagnóstico, le pasarán inadvertidos los enfermos hasta que haya lesiones evidentes para todo el mundo: total alopecia de las cejas, numerosos nódulos (*facies leonina*), grandes amiotrofias. Es así que vemos pacientes que han recorrido por años consultorios y hospitales, inclusive institutos con grandes recursos para el diagnóstico de enfermedades poco frecuentes, y que sin embargo, nunca se les ha hecho el diagnóstico correcto por no pensar en él y la enfermedad ha seguido progresando.

Si bien es cierto que es una enfermedad esencialmente cutánea, la falta de *dermatólogo* en todas partes hace que el médico general deba tener suficientes conocimientos de dermatología para hacer el diagnóstico diferencial de la lepra: acné, dermatitis solar, micosis superficiales, púrpura, micosis fungoide, etc. Vemos con relativa frecuencia enfermos con diversas dermatosis enviados con diagnóstico de lepra y a las que que se les ha encontrado inclusive el bacilo de Hansen, porque el médico olvida que la clínica es primero y que los estudios de laboratorio interpretados aisladamente son contradictorios y confusos.

Cualquier especialidad a la que se dedique el médico puede dar la oportunidad de ver casos de lepra. El *neurólogo* puede ver casos de parálisis facial por lepra, de alteraciones de la sensibilidad o de trastornos tróficos que le hagan pensar más bien en siringomielia u otros síndromes raros de la neurología y olvidar que existe la lepra en nuestro país con relativa frecuencia.

El *oftalmólogo* puede ver casos de iritis, de iridociclitis, de lagofthalmos por lepra, el *pediatra* casos de niños con lesiones cutáneas de lepra tuberculoide, inclusive lactantes y no pensar en ella porque cree que la lepra tiene un período de incubación de 20 años y que no hay niños con lepra. El *obstetra* puede tener la ocasión de observar en pleno puerperio a su enferma con lesiones nodoedematosas en toda la superficie de la piel, acompañadas de síntomas generales y ataque a los nervios periféricos (lepra tuberculoide reaccional) sin pensar que puede ser un caso de lepra.

El *médico general* puede ser llamado a consultar a un paciente con fiebre, malestar general, diarrea, vómitos, artralgias y eritema nudoso o polimorfo de repetición. Puede haber falsas reacciones febriles positivas y por tanto hacerse el diagnóstico apresurado de tifoidea, bruce-

losis o paludismo o bien de enfermedades "modernas" como periarteritis nodosa u otra colagenopatía y no pensarse nunca en una enfermedad vulgar y frecuente: lepra lepromatosa en reacción leprosa.

Un enfermo de lepra puede tener las reacciones *serolúeticas falsas positivas* y pensarse por ello en sífilis e indicar el tratamiento respectivo. Muchos braceros mexicanos pasan la frontera en tales condiciones sin que los médicos que los examinan piensen ni remotamente en lepra.

El médico mexicano viva donde viva y sea cualquiera su especialidad debe saber que existe la lepra en México, en todo el país, pero más en estados como Jalisco, Sinaloa y Guanajuato, que puede tener que ver alguna vez un enfermo de lepra con su gran polimorfismo y que su responsabilidad ante ella es grande si se piensa que desde el punto de vista clínico como epidemiológico y sanitario, el diagnóstico precoz es indispensable para el tratamiento del paciente, para evitar graves secuelas y detener la trasmisión de la enfermedad.

Debe recordar en la clasificación actual de los casos de lepra considerados dos tipos fundamentales opuestos en sus caracteres inmunológicos, clínicos y bacteriológicos: el caso *lepromatoso* infectante, progresivo, sistémico y el caso *tuberculoide* regresivo curable espontáneamente, no sistémico y no infectante. Que hay un grupo de enfermos que al empezar presentan escasas manifestaciones que hacen imposible su clasificación inmediata, casos *indeterminados*, pero que el estudio completo del enfermo, en especial mediante la prueba de *Mitsuda*, permitirá a la larga su clasificación definitiva en cualquiera de los dos tipos polares de la enfermedad.

2. Por dar una terapéutica errónea.

La lepra es curable en la actualidad hace más de 20 años. La diamino difenil sulfona (DDS) es la droga de elección a las dosis ya aceptadas por todos los especialistas: 25 a 50 mg. al día por tiempo indefinido en los casos lepromatosos. Los casos tuberculoides no requieren tratamiento en general. Aunque hay otras drogas útiles como la difenil tiourea y la sulfametoxipiridazina, ninguna es tan barata, tan inocua y tan efectiva como la DDS.

El médico puede hacer daño dando dosis elevadas: 200 a 300 mg. o más, que suelen desencadenar el escollo más grande que existe en la actualidad en leprología: la reacción leprosa con sintomatología general

muy molesta que puede hacer desistir al enfermo de ese tratamiento. En un caso tuberculoide sobre todo reaccional puede producirse la paradoja terapéutica o sea una intensa fibrosis curativa del nervio que ocasione la producción brusca e intensa de graves e irreversibles secuelas amiotróficas y de parálisis de los músculos de manos y pies.

Cuando el paciente entra en reacción leprosa el peligro mayor es que reciba por prescripción médica corticosteroides, panacea de nuestros tiempos, ángel y demonio de nuestra terapéutica. El enfermo mejorará de inmediato para caer más tarde en continuas reacciones incontrollables (rebote), acompañadas de otros daños producidos por los mismos esteroides: cara de luna, úlceras del estómago, hemorragias, osteoporosis, etc.

Este es uno de los mayores daños que se pueden provocar a los enfermos de lepra.

3. *Manejo inadecuado del paciente.*

La comunicación del diagnóstico por exceso de veracidad del médico o en su afán de demostrar su "valer" o su ignorancia, puede producir en el paciente que participa más que nadie del prejuicio ancestral, un daño a veces irreparable.

El médico como toda la gente, gusta de dar malas noticias y en el caso de la lepra también falsas: "Sr., Sra. tiene usted lepra, enfermedad muy contagiosa, incurable que poco a poco lo irá destruyendo, debe aislarse de su familia, dejar su trabajo, internarse en una leprosería por toda su vida, esto se lo digo por su bien y el de sus familiares, no querrá que sus hijos se contagien del mal y sufran lo que usted...". Todo ello está muy lejos de ser verdad y va a traducirse en el enfermo por una grave repercusión psíquica, familiar y social.

No conforme con ello, la noticia puede hacerse trascender a otras personas cuando se trabaja en instituciones oficiales: SSA., IMSS., ISSSTE. y viene la consecuencia lógica: separación del trabajo, abandono de la familia, rechazo de la sociedad.

Un grave problema psicosocial se produce y el enfermo muchas veces con gran desesperación, busca la ayuda, el apoyo del médico a quien cree y confía y quien no puede ayudarlo por falta de comprensión derivada de sus pocos conocimientos.

En no pocas ocasiones el daño es mayor porque el enfermo ni

siquiera padece de lepra (diagnóstico falso) y se estigmatiza de por vida al paciente sin razón.

Se desconoce que el bacilo de la lepra es el *germen menos infectante* que existe, que la mayor parte de las personas se inmunizan y apenas un 5% de los expuestos pueden enfermarse, que se requiere, además de un contacto continuo y prolongado con un caso infectante (lepromatoso) en forma íntima, de una predisposición que se hereda, se piensa en la adquisición fortuita de la enfermedad, por dar la mano, por hablarle a un paciente, lo cual es completamente imposible. Se desconoce en cambio, que es una enfermedad familiar que se adquiere de preferencia en el medio intradomiciliario y que son los familiares del paciente los que pueden llegar a enfermarse.

Se ignora también que ya está abolida la internación obligatoria de los enfermos, que se piensa en hacer *desaparecer las leproserías* por constituir una paradoja profiláctica ya que su existencia hace que los pacientes lejos de consultar, se escondan y diseminen la enfermedad además que materialmente es imposible tener a tantos pacientes, por ejemplo en México habrá unos 30,000 enfermos y sólo están internados unos 300 en la leprosería de Zoquiapan la única existente por fortuna en el país. Un motivo más de daño al paciente es su estigmatización de por vida que hace que al final de su curación no desee salir del sanatorio, inadaptado ya para enfrentarse a una sociedad hostil e incomprensiva.

4. *Dificultad para el internamiento de los pacientes de lepra en otros servicios hospitalarios.*

También se hace daño a los pacientes de lepra cuando se impide su internamiento en otros servicios de acuerdo con sus condiciones de salud, enfermedades intercurrentes que lo ameriten o intervenciones que puedan rehabilitarlo. Un enfermo de lepra puede tener todas las enfermedades posibles, accidentes, intervenciones quirúrgicas igual que cualquier otra persona. Los cirujanos no desean tener que ver estos enfermos y es común que en los hospitales generales oficiales o privados se niegue el ingreso del paciente con pretexto del "peligro" que corren los otros pacientes o el personal médico, inclusive esto pasa en los servicios de enfermedades transmisibles donde no permiten que se interne un paciente con la enfermedad menos transmisible de todas.

Un cirujano no interviene en una apendicitis u otra intervención



Fig. 1. La lepra es esencialmente una enfermedad de la piel.
Arriba: caso lepromatoso nodular, abajo: caso tuberculoide reac-
cional.

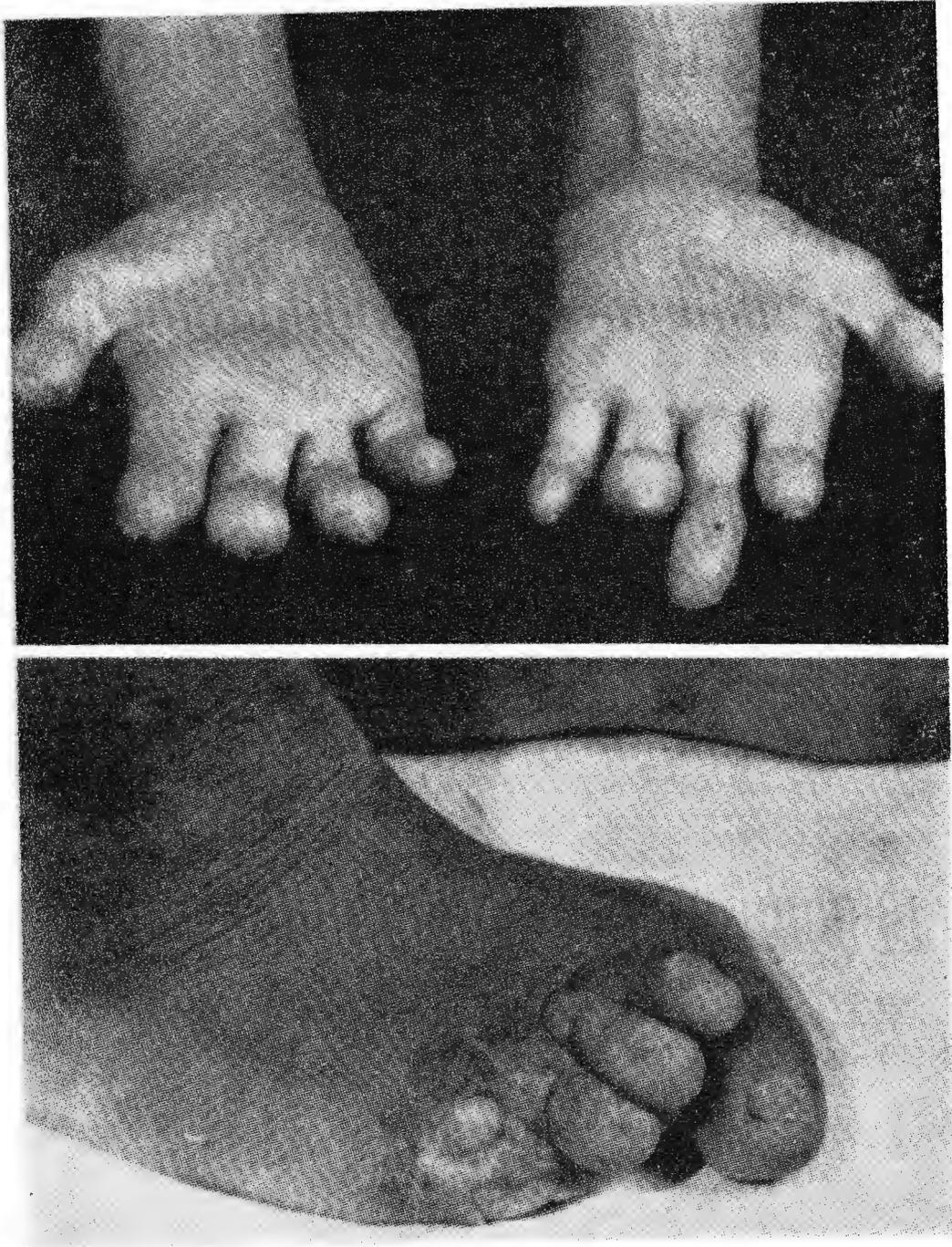


Fig. 2. El neurólogo o el ortopedista pueden enfrentarse a casos con evidentes secuelas por ataque al sistema nervioso periférico.

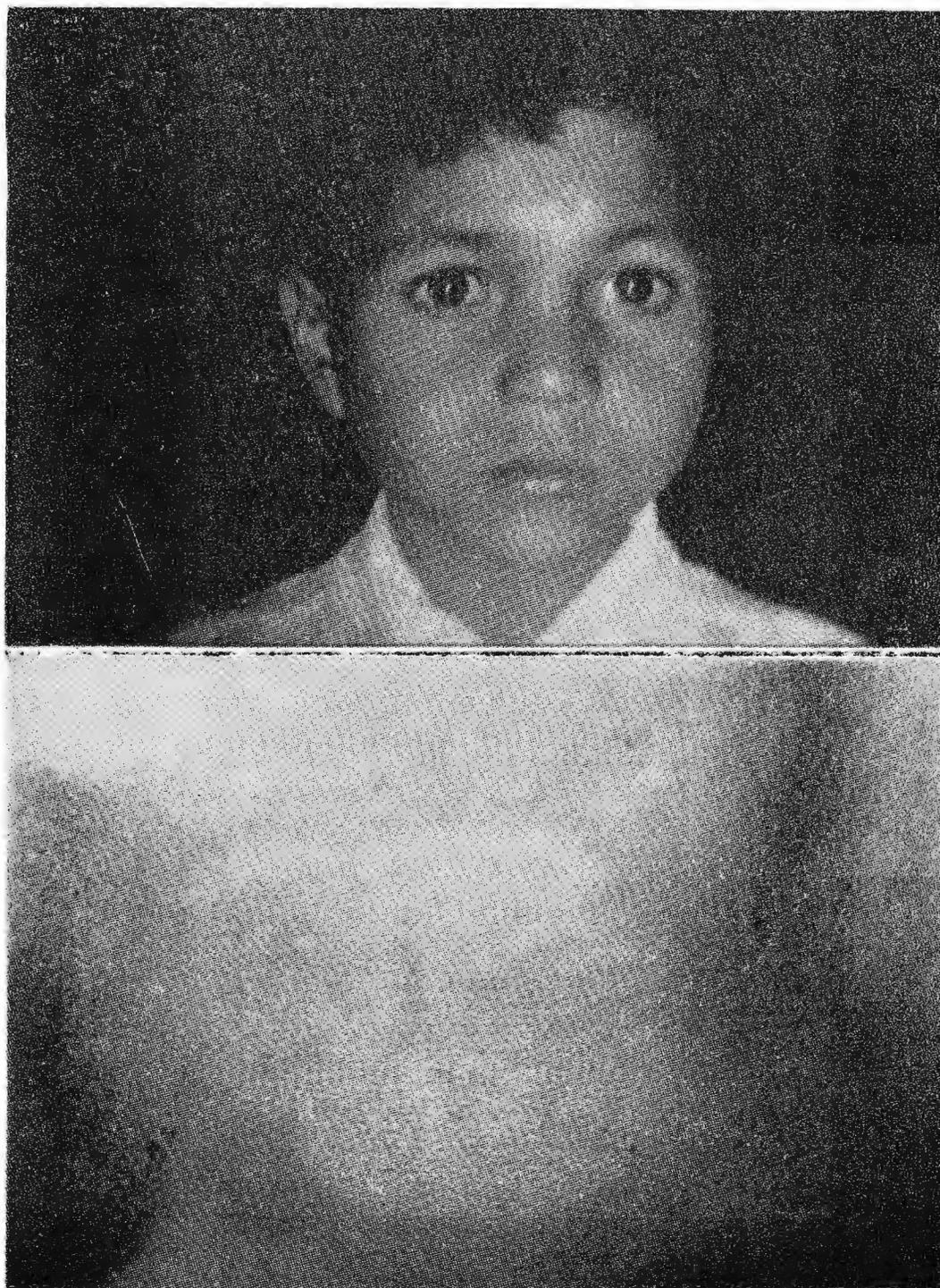


Fig. 3. La lepra también es de niños, el pediatra debe diagnosticar los casos. Caso indeterminado con manchas hipocrómicas anestésicas exclusivamente. Importancia del diagnóstico precoz.



Fig. 4. La lepra puede invalidar en forma definitiva al enfermo cuando el médico ignorando la enfermedad, deja que ésta avance y produzca secuelas irreversibles.



Fig. 5. Se puede hacer daño también cuando no se hace el diagnóstico, o cuando se hace sin ser verdad: a la derecha, secuelas de viruela; a la izquierda: acné vulgar.



Fig. 6. La lepra es curable y muchas veces espontáneamente. Caso tuberculoides antes y después de unos meses de tratamiento con diamino difenil sulfona.



Fig. 7. La reacción leprosa, problema del médico internista. Se puede hacer daño administrándole corticosteroides y producirle no sólo un estado subnitante sino los graves daños de la cortico-terapia.



Fig. 8. Las leproserías están condenadas a desaparecer. Los enfermos deben ser atendidos en forma ambulatoria en Centros de Salud, Dermatológicos o en Hospitales Generales cuando requieran un internamiento transitorio.



Fig. 9. La atención del médico al enfermo de lepra debe ser integral: médica, epidemiológica y social, evitando hacerle más daño que la misma enfermedad.

más o menos urgente por el supuesto "peligro" de contagio mas que por las complicaciones que nunca suceden en estos pacientes.

La lucha es continua e interminable en los hospitales para que se permita a los enfermos de lepra internarse, inclusive los casos no infectantes para que puedan ser tratados de las complicaciones de la enfermedad, de estados intercurrentes o de intervenciones plásticas que les ayudarán a tener una vida mejor. El paciente de lepra puede y debe recibir las mismas atenciones que cualquier paciente; lentamente se va logrando que el médico entienda que la lepra es como otra cualquiera enfermedad.

Son muchos los daños que el médico y sus colaboradores suelen causar al enfermo de lepra, la única y posible solución para evitar tales daños está en la debida educación elemental en los conceptos actuales de la enfermedad, educación que debe empezar desde el estudiante de medicina, los médicos ya formados que trabajan en zonas endémicas, enfermeras, sacerdotes, trabajadores sociales y todas aquellas personas responsables en una comunidad. No se puede dejar la lucha contra la lepra a unos cuantos, pero debemos recordar que estamos para evitar los daños que la lepra produce en el hombre y nunca para producirlos o aumentarlos.

RESUMEN

El médico sin proponérselo hace daño al enfermo de lepra al no hacer el diagnóstico oportuno antes que la enfermedad deje secuelas irreversibles, al dar una terapéutica errónea: alta dosis de DDS o corticosteroides en reacción leprosa, al comunicar al paciente el diagnóstico o notificarle conceptos anacrónicos: internamiento en leprosería, incurabilidad y gran contagiosidad del mal, etc. aumentando el ya de por si intenso prejuicio y produciendo problemas psíquicos, familiares y sociales. También hace daño al no proporcionar la atención en enfermedades intercurrentes o intervenciones quirúrgicas, evitando el internamiento y tratamiento del enfermo de lepra igual que cualquier otro enfermo.

La preparación del médico y demás personas que tienen que atender enfermos de lepra como enfermeras y trabajadores sociales, en los conceptos actuales, es indispensable para evitar hacer más daño que la misma enfermedad.

REFERENCIAS

1. Araico, J.: Síndrome neurológico en la lepra. Tesis, UNAM., (1963).
2. Barba-Rubio, J.: El enfermo ambulatorio. Bol. Epidem. Mex., 25: 11, (1961).
3. Discurso de su Santidad, Pío XII. Ed. A. M. A. L. A., México, (1956).
4. García, B. A.: Diagnóstico diferencial de la lepra. Tesis, UNAM., (1963).
5. Gómez, G. F.: Lepra en la infancia. Tesis. UNAM., (1963).
6. González, A.: Rehabilitación del enfermo con lepra. Tesis UNAM., (1961).
7. Guerrero-Santos, J.: La Cirugía plástica en el enfermo de lepra. Memorias I Congreso Mex. Derm., México, D. F. (1963). Pág. 546.
8. Latapí, F.: La lepra en México en los últimos 50 años: 1910-1960. Bol. Epidem. Mex., 25: 3, (1961).
9. Latapí, F.: Leprosy, a Social Problem. VII Annual Meeting of the Pacific Dermatological Ass. México, (1955).
10. Latapí, F.; Saúl, A. y Ortiz, Y.: La lepra en México. Acta Leprológica (Suiza), 16: 3, (1964).
11. Latapí, F.: Lepra. Breve información para el médico general. Dermatología Clínica de J. L. Cortés. Pág. 317.
12. Malacara, M.: La Vida después de la lepra. II Congreso Mex. Dermatología, Guadalajara, México, (1963).
13. Montojo, C. Sor: El problema social en el enfermo de lepra. Dermatología. Rev. Mex. 2: 73, (1958).
14. Reglamento Servicio Nal. Profilaxis de la Lepra. S. S. A., Diario Oficial, 211: 11, (1955).
15. Rodríguez, O.: Manifestaciones tempranas de la lepra. Dermatología, Rev. Mex., I: 169, (1957).
16. Saúl, A.: Enseñanza actual de la leprología en México. Dermatología. Rev. Mex., 1: 251, (1957).
17. Saúl, A.: Decálogo de la leprología en México. Dermatología. Rev. Mex., 7: 146, (1963).
18. Saúl, A.: El médico agente patógeno. Editorial. Dermatología. Rev. Mex., 8: 1, (1964).
19. Saúl, A.: Lepra como causa de incapacidad psicosocial. Dermatología. Rev. Mex., 6: 301, (1962).
20. Saúl, A. y Latapí, F.: La lepra en México. Memorias del Congreso del Primer Centenario de la Academia Nacional de Medicina. Tomo II, Págs. 89-99, México, (1964).
21. Saúl, A.: Lepra y Literatura. Dermatología. Rev. Mex., 8: 162, (1964).
22. Zamudio, L.: Algunos problemas quinesiológicos de las manos en los enfermos hansenianos. Dermatología. Rev. Mex., 1: 23, (1956).
23. Zamudio, L.: Mal perforante plantar. Dermatología, Rev. Mex., 7: 3, (1963).