La virtud de la compasión en la práctica del cardiólogo

The virtue of Compassion in the practice of Cardiology

Alexis Lama.

Cardiólogo Integramédica.

Recibido el 25 de mayo 2020 / Aceptado 22 de junio 2020.

Rev Chil Cardiol 2020; 39: 293-298

La práctica de la cardiología, al igual que muchas otras especialidades de la Medicina, ha cambiado en los últimos años de manera importante y acelerada, debido a los notables y variados avances científicos y tecnológicos desarrollados, y que sin duda alguna han contribuido a un mejor diagnóstico y tratamiento de los pacientes cardiológicos, aparte de hacer necesaria una cada vez mayor súper especialización del cardiólogo. Sin embargo, muchas veces estos avances han significado, por un lado, un elevado costo económico, que hace que no todos los enfermos puedan acceder a ellos y por otra parte, un potencial predominio de lo técnico sobre lo humano, que conlleva muchas veces, y de manera no siempre cabalmente advertida, el riesgo inminente de una progresiva deshumanización de la práctica cardiológica y subestimación de la grandeza de la dignidad de la persona humana enferma, junto a un deterioro progresivo de la debida relación médico paciente (RMP), por escasa o ausente empatía y compasión, que ha llegado a ser una difundida crítica a los médicos por parte de los pacientes. Este riesgo de deshumanización ya era advertido hace más de 60 años, en un Congreso Mundial de Cardiología, por el humanista y cardiólogo mexicano Ignacio Chávez¹ (Fig. 1).

Figura 1.

Dr. Ignacio Chávez (1897-1979).

Correspondencia:
Dr. Alexis Lama Toro
lamatoro@yahoo.es

El ejercicio de las virtudes en la práctica médica se ha señalado como necesario para rescatar el humanismo del médico y una atención médica centrada en el bien del paciente². Una de las virtudes principales, en mi opinión y cuya posesión le compete a todo cardiólogo es la compasión, sin dejar de lado otras como la humildad, honestidad, veracidad, el respeto y por cierto, la llamada “madre de todas las virtudes”, la prudencia, entendida como la recta razón al obrar, que facilita discernir el bien y los medios rectos para alcanzarlo³.

La compasión, desde su raíz etimológica, significa sufrir junto al otro. Es de algún modo un co-sufrir, un compartir el sufrimiento del otro. La empatía, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, es solo un paso previo, el primer paso hacia la compasión, la que necesariamente involucra un efectivo movimiento, comandado por la razón y la voluntad, sin exclusión de su componente afectivo, hacia un accionar solidario. Una compasión que paraliza no llega a ser verdadera compasión; esta no se queda en el mero llanto, sino en la acción eficaz. La conocida parábola evangélica del hombre de Samaria que ayuda a otro hombre, asaltado, robado, golpeado y abandonado en el camino, contiene los elementos morales principales de la virtud de la compasión⁴.

En el ejercicio de la virtud de la compasión, se pueden distinguir cuatro acciones principales que la constituyen y manifiestan en la práctica. Una, es mantener la esperanza del paciente. El pesimismo no tiene cabida en el ejercicio del arte de la medicina. Será la virtud de la prudencia la que guiará al cardiólogo en elegir el modo, el momento y las mejores palabras para siempre ser veraz, pero sin intimidar, ni alarmar innecesariamente ni destruir la esperanza de su paciente con gestos o palabras que la mutilan. Una actitud compasiva y prudente se hace más necesaria cuando se trata de comunicar malas noticias al paciente o a sus familiares. Recuerde que en tiempos antiguos, cuando, tras recorrer grandes distancias, el mensajero llegaba al palacio real llevando al monarca la noticia de la derrota de su ejército, de inmediato era condenado a muerte.

Otra actividad de la compasión, es hacer compañía al enfermo, asistirlo, estar atento a sus necesidades, sin que puedan ser percibidas como una molestia por el enfermo. Todas ellas son dimensiones del cuidar, irrenunciable y obligada labor del cardiólogo y meta o fin reconocido de la Medicina⁵. Este cuidado no puede ser expresado en su totalidad sin hacer funcionar el sentido del tacto, que supera incluso el marco verbal cuando se trata de indicar proximidad a otro ser humano. El tomar la mano

y con ello el pulso radial, no solo es importante para el cardiólogo para identificar variadas patologías cardíacas, sino porque constituye además, uno de los contactos epidérmicos primeros con su paciente. El hacer compañía, implica también para el médico cuidador, estar presente, disponible de algún modo, cuando son necesitados. Hacer compañía es también no abandonar. En relación a esto, el famoso cardiólogo Bernard Lown (pionero de la cardioversión eléctrica y Premio Nobel de la Paz en 1985), relata una inolvidable anécdota personal que le ocurrió cuando atendía como paciente a su colega, amigo y gran cardiólogo Samuel Levine (que describió el signo que lleva su nombre, un puño cerrado en el pecho para describir el carácter opresivo de la isquemia miocárdica, y también creador de la escala de graduación en 6 números de la intensidad de los soplos cardíacos) que moría irremediamente de un cáncer gástrico avanzado. Un día, en que lo visitaba, el doctor Lown decidió no importunarlo demasiado y solo le hizo un examen físico superficial, rápido e incompleto. Cuando abandonaba el cuarto del postrado doctor Levine, este le pide que espere unos minutos para recordarle un hecho que podrá interesarle y a continuación le comenta el caso, sucedido casi 40 años antes, del Dr. Clifford Albutt (inventor del termómetro clínico), que un día, postrado en su cama por enfermedad avanzada, y siendo visitado por su médico, el famoso William Osler, le pregunta qué conducta iba a tomar con una úlcera de decúbito que creía le había aparecido. El doctor Osler, sorprendido, le consulta al respecto a la enfermera que lo acompañaba, quien le dice que el doctor Albutt no tenía ninguna úlcera. Osler, que estaba ya en la puerta, regresó al lado del enfermo, lo examinó con detención, lo tranquilizó y le dijo que su piel estaba totalmente sana. El doctor Lown, señala a continuación en su relato, que entendió de inmediato lo que quería insinuarle su paciente, y afirma haber aprendido rápidamente la lección y que después de eso, hasta que murió el doctor Levine, lo examinó cuidadosamente en cada visita⁶. Nadie acepta el abandono de su médico.

La tercera manifestación práctica de la compasión es escuchar al paciente. Cuando en la actualidad se ha observado que un médico no tarda más de 14 segundos en interrumpir el relato del padecer de un paciente, adquiere relevancia recordar la recomendación del médico y humanista español Gregorio Marañón (Fig. 2), de que “la silla es para el médico la herramienta más útil de su profesión, porque permite tomar una historia clínica tranquila”⁷. La escucha afectiva y activa, sin interrupciones, es en sí terapéutica e incluye no solo los

Figura 2.

Dr. Gregorio Marañón (1887-1960).

oídos, también la mirada dirigida permanentemente a los ojos. El teléfono, el celular, el computador pueden atentar contra una escucha efectiva, al igual que las preocupaciones ajenas al enfermo o los “ruidos interiores” en la cabeza del médico. “No permitas que me distraiga: que ningún pensamiento extraño desvíe mi atención de la cabecera del enfermo o perturbe mi mente en su silenciosa deliberación, pues son grandes y complicadas las reflexiones que se necesitan para no dañar a Tus criaturas” reza en uno de sus párrafos la famosa oración diaria de un médico antes de salir a visitar a sus enfermos, atribuida al gran filósofo, teólogo y médico judío, nacido en Córdoba, Maimónides (1135-1204)⁸. La escucha compasiva permite asomarse al corazón de los pacientes y conocer su real padecer. La sensibilidad del poeta andaluz nos visualiza esta realidad: “Si mi corazón tuviera vidrieras de cristal, te asomaras y lo vieras gotas de sangre llorar”⁹. Escuchar incluye, además, intentar conocer a fondo la enfermedad desde la perspectiva vivencial, tan personal y única del paciente, muchas veces abiertamente diferente a la perspectiva científicista y estrecha del médico, con negativas consecuencias para el paciente y la RMP misma. Esto lo

ejemplifica claramente, hace más de 100 años, el escritor ruso Tolstoi, al poner de manifiesto de manera excepcional este abismo relacional en su bella novela corta “La muerte de Iván Ilich”, en que narra la vida de un sujeto miembro de la Cámara Judicial, y que a los 45 años, por sentirse enfermo de manera progresiva, visita a un médico famoso del lugar: “...para Iván Ilich solo había una cuestión importante: ¿era peligroso su estado? Pero el doctor hizo caso omiso de esta pregunta fuera de lugar. Desde el punto de vista del doctor, tal cuestión resultaba superflua y no podía ser objeto de discusión. La cuestión real era discernir entre un riñón flotante o una enfermedad del intestino”. El resultado de tal actitud del médico sobre el paciente se sigue a continuación en el relato: “infirió Iván Ilich, que al doctor, en resumidas cuentas, su estado lo tenía sin cuidado, pero él estaba mal. Esta conclusión sobrecogió dolorosamente a Iván Ilich, despertando en él un sentimiento de conmiseración hacia sí mismo y de resentimiento hacia aquel doctor que se mostraba indiferente hacia aquel problema tan importante para él”¹⁰. Escuchar implica además, ser capaz de conocer y entender las distintas reacciones que cada paciente percibe ante el hecho de enfermar. Cuando el sano deviene en paciente, entre las muchas cosas que le sobrevienen, aparte de las reacciones de negación, depresión, regresión¹¹, siente una pérdida de su integridad como persona; su cuerpo se hace presente, se hace sentir. Así, un hombre sano que no siente en su vida diaria el funcionamiento permanente de su corazón se preocupa, se atemoriza cuando de improviso su corazón “habla”, por así decirlo, con una arritmia cardíaca. También se produce una percepción de “desintegración del “yo”, un distinto modo de ser en el mundo, que tiene que aprender a aceptar y adaptarse, como puede ser la situación de un paciente que sufre un accidente vascular cerebral y queda en silla de ruedas, o en menos grado, el de un paciente que se le ha puesto un resincronizador cardíaco. Frente a la enfermedad, el paciente sufre además, una pérdida de seguridad, se da cuenta que es vulnerable, toma conciencia de que puede morir, y aparece el temor, la angustia, sentimientos que pueden persistir aún después de la recuperación, como puede ser el caso de un paciente con infarto agudo del miocardio que ha sido revascularizado, que no podrá evitar pensar en la posibilidad de repetición del evento, en ser una carga para sus familiares si queda limitado, y en morir de manera súbita, y si es anciano, vive solo, en una muerte en que nadie se entere. También hay que tomar en cuenta, que la enfermedad

Figura 3.

La muerte de Sócrates. Óleo sobre lienzo pintado por el pintor francés Jacques-Louis David en 1787.

produce siempre una interrupción de los planes de vida de la persona, que si es laboralmente activa, sentirá que no tiene tiempo para enfermarse y le costará aceptar su nueva condición, así como la postergación o anulación de los elaborados proyectos de vida que tenía. También, y pocas veces advertido como un aspecto importante, la enfermedad produce en el paciente un aislamiento de su mundo cotidiano. Pasa a ser un distinto. Sale del mundo de los sanos, de sus cercanos, incluido familiares y entra al club, por así decirlo, de los enfermos. Aparece así una triste distancia, entre el enfermo y el mundo de los sanos, que se profundiza inexorablemente en la medida que se prolonga la duración de la enfermedad, caso en cual el enfermo ya no podrá tener cabida ni en el banquillo de suplentes en el juego de la vida. Esto aumenta su sufrimiento y la sensación de soledad se enseñoorea en su espíritu.

La cuarta característica de la compasión, ahora en su componente intelectual, es la competencia técnica. Sin

estudio no hay saber y sin saber no puede haber compasión, porque no habrá ayuda eficaz. La incompetencia técnica es no compasiva e inhumana. “La ciencia es el primer deber del médico y cuando se trata de la vida de los hombres, la ignorancia es un crimen” señalaba la dura frase del anatomista francés Jean Cruveilhier (1791-1874). Por su parte, el Dr. Carlos Mönckeberg B., Profesor de Obstetricia y Jefe de la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, y primer Decano de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, ya hace años, en abril de 1936, señalaba en su discurso de recepción a los estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que “los médicos debemos estudiar mucho, debemos estudiar siempre, debemos estudiar durante toda la vida, porque, no podemos emprender con ánimo ligero el ejercicio de esta Medicina bienhechora y terrible a la vez, si antes, no hemos conquistado, el derecho de practicarla sacrificándonos por conocerla”¹². Esta com-

petencia técnica, puede en algunas circunstancias ser la única importante y posible, como en el caso del cirujano cardiovascular mientras realiza prolijamente un puente aortocoronario en un paciente bajo anestesia completa, pero esto no quita que la compasión afectiva brille en el pre y postoperatorio.

El ejercicio de la compasión debe necesariamente ir acompañado de la virtud de la beneficencia, enunciada como compromiso relevante y medular en el Juramento Hipocrático, precedida naturalmente por la benevolencia. También debe ir acompañada de ecuanimidad, es decir no excluye a ningún tipo de paciente. “Da vigor a mi cuerpo y a mi espíritu, a fin de que estén siempre dispuestos a ayudar con buen ánimo al pobre y al rico, al malo y al bueno, al enemigo igual que al amigo. Haz que en el que sufre yo no vea más que al hombre” señala en este sentido otro párrafo de la Oración de Maimónides. La virtud de la fortaleza es también compañera necesaria de la compasión, que permitirá al médico sobrellevar la pesada carga emocional que significa hacerse parte diariamente del sufrimiento de sus pacientes.

La compasión, aparte de mostrar beneficios terapéuticos al paciente¹³, produce en su calidad de virtud propiamente tal, en su sentido clásico-y esto es muy importante-una perfección del acto médico y una perfección en la naturaleza como ser humano del propio cardiólogo que la practica. Esto se explica porque la virtud, entendida, de acuerdo a Aristóteles, como aquel hábito operativo o disposición adquirida, estable y permanente al bien, facilita el acto honesto, por el cual el hombre se hace bueno y gracias al cual realiza bien la obra que le es propia. Por ello, se ha considerado el cultivo de las virtudes, fundamento de la formación profesional¹⁴. Diego Gracia, médico eticista español ha señalado que el “buen médico es el médico virtuoso”. La tarea moral del hombre, siguiendo a Aranguren, es llegar a ser lo que se puede ser con lo que se es, construyendo así su personalidad o carácter moral, o *ethos*, logrando con ello lo que se ha llamado en lenguaje aristotélico una segunda naturaleza¹⁵. Este *ethos* propio se va definiendo, tras un constante y difícil esfuerzo, a través de cada uno de los actos humanos, y como médicos, con cada uno de los numerosos y específicos actos médicos en la atención cotidiana que corresponde con los pacientes, sea en la entrevista, el examen físico, la formulación del diagnóstico y del pronóstico, solicitud de exámenes, prescripción de indicaciones, procedimientos diagnósticos o terapéuticos y en la retribución económica al servicio profesional.

Ya en la antigua Grecia, en la Atenas del siglo V A.C.,

Sócrates, en sus momentos finales, antes de morir, ingiriendo la cicuta (Fig. 3), entrega un último mensaje para sus hijos-que bien puede ser extensivo para toda persona, en todo lugar y en todos los tiempos- solicitando a sus discípulos que se preocupen firmemente de que ellos cultiven la virtud, que es lo que deben hacer y no andar preocupados de buscar riquezas o negocios¹⁶.

Finalmente, es necesario establecer meridianamente que sin amor al paciente es imposible practicar la compasión. “Porque si el amor al hombre está presente, también estará presente el amor por la Medicina”, señalaba Hipócrates, apuntando a que la Medicina no debiera ser ejercida por quienes no sienten amor por sus semejantes. Pedro Laín Entralgo, médico humanista español, se refería a la RMP no como una relación meramente objetivante, en la que el médico considera al enfermo un objeto, una cosa de estudio, sino como una relación de amor, que él llamó “cuasi-diádica”, alejada de una “relación dual” como la existente en un mero vínculo comercial, y cercana o semejante a una “relación diada”, tipo amistad⁷. En este mismo sentido, el propio Marañón escribía que “Ser, en verdad, un gran médico, es algo más que el triunfo profesional y social; es, el amor invariable al que sufre y la generosidad en la prestación de la ciencia, que han de brotar, en cada minuto, sin esfuerzo, naturalmente, como de un manantial”⁷. Nuevamente la Oración de Maimónides, apunta a esta necesidad de actuar con amor hacia el paciente: “Inspírame un gran amor a mi arte y a Tus criaturas. No permitas que la sed de ganancias o que la ambición de renombre y admiración echen a perder mi trabajo, pues son enemigas de la verdad y del amor a la humanidad y pueden desviarme del noble deber de atender al bienestar de Tus criaturas”.

En síntesis, junto con acoger totalmente los avances actuales y futuros, pienso que se hace necesario para evitar o disminuir el riesgo de deshumanización del ejercicio de nuestra profesión como cardiólogos, no olvidar la mirada amorosa a ese ser humano convertido en paciente, al cual esos avances deben servir solo como medios para su bien. Para lograr este fin, creo que en la práctica actual de la Medicina, de la cardiología, el cultivo tenaz de la virtud en general y en particular de la compasión, se hace esencial.

“La ciencia entera- enseñaba el doctor Ignacio Chávez- no basta para calentar la atmósfera que rodea a un enfermo, si no se pone en ella alma y corazón”. De ahí su famoso lema: “Amor Scientia que Inserviant Cordi” (Amor y Ciencia al Servicio del Corazón)¹⁷.

Referencias

1. CHÁVEZ I. Grandeza y Miseria de la Especialización Médica. Aspiración a un Nuevo Humanismo. III Congreso Mundial de Cardiología, Bruselas, septiembre 1958. Discursos y Conferencias. El Colegio Profesional, Mexico, 1997.
2. BAIN LE. Revisiting the need for virtue in medical practice: a reflection upon the teaching of Edmund Pellegrino. *Philos Ethics Humanit Med.* 2018; 13 (1):4. Published 2018 Apr 10. doi:10.1186/s13010-018-0057-0.
3. PELLEGRINO E., THOMASMA D. *The Virtues in Medical Practice*, pag 85-91. Oxford University Press, 1993.
4. EVANGELIO DE SAN LUCAS 10:25-37. Biblia Latinoamericana. Editorial Verbo divino, 2005.
5. HANSON M.J. AND CALLAHAN D. *The Goals of Medicine. The forgotten issues in health care reform.* Georgetown University Press, Washington DC, 1999.
6. LOW B. *The Lost Art of Healing: Practicing Compassion in Medicine.* Ballantine Books, 1999.
7. LAIN ENTRALGO P. Marañón y la Relación entre el Médico y el Enfermo. Conferencia Gregorio Marañón. Centro de Investigaciones de Historia de la Medicina de la Universidad de Chile. Julio 1962.
8. CERDA J. MOISÉS Maimónides, "médico de príncipes, príncipe de los médicos". *Rev Chil Infect* 2009; 26 (4): 370-373.
9. GARCÍA-LORCA FEDERICO. Mariana Pineda, escena VIII, 1925. Reproducido por Luarna Ediciones.
10. TOLSTOI L. *La muerte de Iván Ilich.* Mesta Ediciones, 2016.
11. JINICH H. *El Paciente su Médico*, JGH editores, México, 1997.
12. MÓNCKEBERG C. Discurso de recepción de los alumnos del 1er. año de medicina, Ediciones de la Universidad de Chile. 17 de abril de 1936.
13. MOSS J., ROBERTS M.B., SHEA L., et al. Healthcare provider compassion is associated with lower PTSD symptoms among patients with life-threatening medical emergencies: a prospective cohort study. *Intensive Care Med.* 2019; 45 (6):815-822. doi :10.1007/s00134-019-05601-5.
14. SEOANE, L., TOMPKINS, L., CONCILIIS A. et al. Virtues Education in Medical School: The Foundation for Professional Formation. *The Ochsner Journal*, 2016; 16. 50-55.
15. ARANGUREN J. *Ética.* Editorial Biblioteca Nueva, Madrid 1997.
16. PLATÓN. *Apología de Sócrates. Diálogos.* Editorial Bruguera, 1974.
17. CÁRDENAS M, El escudo del Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez". *Arch Cardiol Mex* 2004; 74:173-175.