

Lo que el Médico no debe Hacer

Palpitaciones.

- NO cometáis el error de decir a vuestro enfermo que sus palpitations no valen nada y que pronto pasarán; demostrándosele sin decirlo.
- NO hagáis un examen superficial, que nada os enseñará y que desconsolará al enfermo.
- NO olvidéis que muchas palpitations diagnosticadas como nerviosas o cardiacas son de origen tuberculoso.
- NO olvidéis la insuficiencia mitral, cuando las palpitations aparecen después de un esfuerzo.
- NO olvidéis que muy frecuentemente indican hipertensión arterial.
- NO olvidéis que la anemia y la clorosis son una causa frecuente de palpitations.
- NO olvidéis que las palpitations que sobrevienen después de la siesta son de origen dispéptico.
- NO confundáis la taquicardia con las palpitations, que para que existan necesitan ser percibidas por el enfermo.
- NO dejéis de pensar en el bocio exoftálmico si a las palpitations se agrega el temblor.
- NO dejéis de buscar el origen tóxico de algunas palpitations.
- NO olvidéis que el hierro puede provocar palpitations en los cloróticos y anémicos, que padecen de dispepsia.

Paludismo

- NO creáis en la tesis clásica de que el período de incubación del paludismo sólo dura unos pocos días; se han observado casos en que dura muchos meses.
- NO dejéis de emplear los métodos de provocación de la fiebre en los casos de diagnóstico dudoso; la coloïdosis, la adrenalina, el benzol, son eficaces.
- NO olvidéis que el examen microscópico de la sangre no permite siempre descubrir el hematozoario.
- NO dejéis de examinar cuidadosamente la sangre, que en los casos de fiebre tropical antigua, presenta una granulación basófica de los glóbulos rojos, muy parecida a la que se observa en el saturnismo.
- NO dejéis de examinar la orina que contiene urobilina y urobilinógeno y no da la diazoreacción.
- NO olvidéis que si en el paludismo agudo el diagnóstico presenta muchas dificultades, son mayores en la forma crónica, que puede ser confundida con la tuberculosis, cirrosis, anemia perniciosa, etc.
- NO confiéis ciegamente en el tratamiento profiláctico por

- la quinización.
- NO deis dosis insuficientes de quinina que producen el paludismo quinino-resistente y exponen al enfermo a la fiebre hemoglobinúrica.
- NO prescribáis dosis uniformes de quinina en todos los casos; no se combate con la misma dosis un acceso pernicioso que uno de fiebre intermitente simple.
- NO deis dosis enormes de quinina que pueden provocar envenenamientos y cegueras irremediables.
- NO olvidéis que algunos enfermos tienen una sensibilidad extremada por la quinina, que puede provocar fenómenos alarmantes.
- NO os conforméis con prescribir la quinina; el arsénico y la higiene, son necesarios para obtener una curación estable.
- NO olvidéis que el cambio de clima permite obtener curaciones que son imposibles con la terapéutica medicamentosa.
- NO hagáis el tratamiento del paludismo sin el control del microscopio; la clase del parásito y su abundancia deben regir la terapéutica.
- NO dejéis de mandar la sangre al laboratorio, aunque el enfermo haya tomado quinina; hay casos en los que el parásito aparece aunque el enfermo esté saturado del alcaloide.
- NO creáis que una fiebre no es palúdica porque ha resistido dosis enormes de quinina.
- NO creáis que obedece a una albuminuria la reacción queda el reactivo de Tanret con la orina de las personas que han ingerido quinina.

Panadizo.

- NO recetéis cataplasmas ni tintura de iodo; abrid pronto.
- NO busquéis una fluctuación que nunca ha de aparecer.
- NO abandonéis al enfermo después de operarlo; prevenid la anquilosis en flexión del dedo, que exige la amputación.

Pancreatitis.

- NO dejéis de pensar en la pancreatitis cuando vuestro diagnóstico oscile entre una peritonitis y una oclusión intestinal.
- NO olvidéis hacer la reacción de Fehling.
- NO olvidéis que la colelitiasis es la causa más frecuente de pancreatitis aguda.
- NO dejéis de buscar las grasas, en las heces; este síntoma con ictericia y dilatación de la vesícula sugiere el diagnóstico de pancreatitis o cáncer.
- NO esperéis el diagnóstico, a veces, imposible, para operar.

Paperas.

- NO olvidéis que algunas intoxicaciones, sobre todo por iodo, provocan reacciones en las parótidas que, si coinciden con un movimiento febril, pueden aparecer como paperas.

- NO confundáis las paperas con las infecciones de las parótidas, consecutivas a otras infecciones generales, o de la cavidad bucal.
- NO dejéis de examinar la sangre en caso de diagnóstico dudoso; en las paperas no hay leucocitosis, al revés de lo que sucede en las infecciones piógenas.
- NO olvidéis que las paperas, fuera de su complicación principal, la orquitis, pueden atacar el timo, cuerpo tiroideos, glándulas lagrimales, órbita y el encéfalo.
- NO olvidéis que las paperas provocan bradicardias sin importancia.
- NO pronostiquéis esterilidad indefectible en las orquitis consecutivas a las paperas, porque podéis provocar catástrofes conyugales.
- NO prescribáis compresas de alcohol ni hielo.
- NO apliquéis pomadas mercuriales, porque el mercurio, al eliminarse, ataca las glándulas -salivales ya alteradas.

Parálisis facial.

- NO olvidéis nunca que puede ser de origen ótico; haced la paracentesis, si hay otitis aguda; la trepanación, si hay mastoiditis; el vaciamiento, si hay otorrea crónica.
- NO olvidéis que la parálisis periférica es directa y total y que generalmente la central es cruzada y parcial.
- NO olvidéis que la parálisis puede obedecer a la recidiva de una infección nerviosa sifilítica, por tratamiento insuficiente; en tal caso la parálisis está acompañada de trastornos de los nervios trigémino, acústico y vestibular.
- NO dejéis de pensar en la neuritis sifilítica del facial, cuando va precedida o acompañada de dolores.
- NO olvidéis que la parálisis facial provocada por padecimientos de la base del cráneo, se instala lentamente y no presenta trastornos gustativos.
- NO paséis inadvertida la parálisis del motor-ocular externo asociada a la facial, que indica una lesión de la protuberancia.
- NO olvidéis hacer la sutura de los párpados cuando la córnea amenaza ulcerarse.
- NO hagáis una terapéutica brutal si la úlcera se produce.

Parásitos intestinales

- NO olvidéis que el niño se re inocula constantemente; hacedle cortar las uñas e impedid que se toque los contornos del ano.
- NO deis vermífugos a los niños muy pequeños.
- NO deis más de 0.30 de santonina, cualquiera que sea la edad del enfermo.
- NO deis quenopodio antes de los seis años, ni santonina antes de los dos.
- NO olvidéis acostar al enfermo al darle el medicamento para evitar los vértigos, que son muy penosos.

- NO os conforméis con un sólo tratamiento si no habéis obtenido resultados.
- NO prescribáis una dieta muy severa antes de dar el anti-helmíntico, porque facilitáis la absorción del medicamento.
- NO prescribáis dosis muy elevadas de medicamento.
- NO deis purgante de aceite con el helecho macho.
- NO mezcléis el helecho con la raíz de granado.
- NO repitáis el medicamento antes de que pasen varios días.
- NO olvidéis que muchos sujetos presentan idiosincrasias para ciertos vermífugos.

Partos.

- NO tratéis de intervenir forzosamente, porque habéis sido llamados para asistir un parto; en el normal, el único papel que tenéis que desempeñar es el de vigilar para impedir o remediar cualquier complicación.
- NO dejéis de prepararos para cualquier emergencia; en partos se tienen sorpresas desconcertantes.
- NO confundáis los dolores del parto con los cólicos intestinales, nefríticos, hepáticos.
- NO diagnosticuéis trabajo de parto si no comprobáis la existencia simultánea de contracciones dolorosas del útero y la dilación y desaparición del cuello.
- NO hagáis la palpación del abdomen ni la auscultación de los ruidos fetales en el momento de las contracciones; esas maniobras son inútiles: y dolorosas.
- NO repitáis el tacto vaginal inútilmente, porque aumentáis las 'probabilidades de infección.
- NO hagáis nunca el tacto vaginal si no estáis provistos de guantes de hule.
- NO olvidéis hacer evacuar la vejiga y el intestino antes del parto.
- NO dejéis nunca de pensar en un parto gemelar.
- NO hagáis lavados vaginales innecesarios.
- NO esperéis el momento de la expulsión para hacer el diagnóstico de la presentación o de estrechamiento pélvico.
- NO olvidéis que en un parto normal, la principal complicación que se presenta es la ruptura del periné.
- NO esperéis indefinidamente la ruptura de la bolsa de las aguas; rompedla si el trabajo se prolonga mucho, estando suficientemente dilatado el cuello.
- NO dejéis de aplicar la narcosis siempre que sea posible.
- NO hagáis la palpación del abdomen ni la auscultación de los ruidos fetales a través de las ropas de la mujer.
- NO hagáis la palpación con las manos frías; se provoca impresión molesta en la mujer y contracciones uterinas y abdominales que dificultan el examen.
- NO intentéis hacer una palpación a fondo desde el primer momento, porque aparecen contracciones reflejas

- que impiden una buena exploración.
- NO os conforméis nunca con los resultados que hayáis obtenido de la palpación de un solo lado del vientre; palpád ambos lados, lo cual puede haceros rectificar los datos obtenidos o recoger nuevos.
- NO dejéis de sostener con la mano el polo opuesto a aquel que auscultáis a fin de evitar que el feto se deslice.
- NO confundáis los latidos del corazón fetal con las pulsaciones de la madre que son mucho menos frecuentes y de ritmo distinto.
- NO confundáis la dehiscencia del cuello de las multíparas con la dilatación del período expulsivo.
- NO permanezcáis todo el tiempo al lado de la parturienta que necesita vaciar su vejiga y su intestino frecuentemente.
- NO os alejéis mucho tiempo de la casa de una multípara en la que la dilatación esté bastante avanzada.
- NO os limitéis a diagnosticar la presentación fetal; determinad la posición y seguid de cerca la evolución de la cabeza.
- NO os limitéis a impedir que la parte fetal salga bruscamente; sostened el periné.
- NO olvidéis que la salida brusca de los hombros es causa frecuente de la ruptura del periné.
- NO dejéis de vaciar la vejiga después del parto; la distensión de ella impide la regresión uterina, lo que expone a las hemorragias.
- NO hagáis tracciones sobre el cordón umbilical para ayudar a la expulsión de la placenta.
- NO hagáis maniobras violentas para ayudar a la regresión uterina.
- NO os asustéis por la ligera hemorragia que sigue a la expulsión de la placenta, sobre todo cuando ésta sale por uno de los bordes.
- NO hagáis la ligadura del cordón inmediatamente después del nacimiento del niño; esperad que hayan concluido los latidos del cordón.
- NO olvidéis que muy frecuentemente estalla después del parto un escalofrío sin importancia, que puede ser indebidamente considerado como febril.
- NO olvidéis que, después del parto, el intestino funciona perezosamente y que con frecuencia se cometen groseros errores de diagnóstico, atribuyendo a infección puerperal los fenómenos que provoca la retención estercoral.
- NO esperéis que la vejiga esté muy llena para hacer el catterismo.
- NO dejéis de hacer la rotación manual de la cabeza.
- NO olvidéis que el pronóstico en las presentaciones de cara no es muy favorable para la madre y sobre todo para el niño.
- NO dejéis de prevenir a los padres del aspecto monstruoso que las bolsas sero-sanguíneas dan a los niños en

- las presentaciones de cara.
- NO dejéis de hacer la versión precoz cuando la cabeza es muy grande en relación con la pelvis, sobre todo cuando se trata de una posición mento-posterior.
- NO olvidéis que el escollo principal en las presentaciones de cara es la dificultad para la rotación de la cabeza y que cuando ésta no se verifica es indispensable aplicar el fórceps para hacer posible el parto.
- NO apliquéis el fórceps en niño vivo en las presentaciones de cara, cuando la cabeza es muy grande y la pelvis viciada, o la cabeza está poco encajada y se le puede movilizar.— Preferid la operación cesárea.
- NO esperéis el cambio espontáneo de la presentación de nalgas; haced la versión por maniobras externas si sois llamados al octavo mes.
- NO abandonéis a las fuerzas naturales la expulsión de la cabeza en el parto de nalgas completo que evoluciona regularmente; desprended el cordón umbilical 'y haced la maniobra de Mauriceau.
- NO dejéis de hacer la extracción manual de los pies y el descenso de los brazos en las presentaciones de nalgas que no evolucionan normalmente.
- NO autoricéis el matrimonio de los sifilíticos que no hayan sufrido un tratamiento esterilizante efectivo.
- NO permitáis nunca el matrimonio de los sifilíticos antes de tres años de haber contraído la enfermedad.
- NO permitáis nunca el matrimonio de las mujeres sifilíticas antes de que hayan pasado cinco años del principio de la sífilis.
- NO dejéis de provocar el aborto en las icterias graves si el tratamiento médico no tiene éxito.
- NO provoquéis el parto prematuro en las tuberculosas; esperar el parto, pero no permitáis la lactancia.
- NO permitáis el matrimonio de las cardíacas, sobre todo si padecen de insuficiencia mitral.
- NO hagáis taponamiento vaginal en la hidrorrea vaginal; poned a la enferma en reposo y hacedle lavados antisépticos.
- NO dejéis de pensar en la mola hidatiforme siempre que haya hemorragias indoloras en una mujer embarazada.
- NO hagáis tratamiento paliativo en la mola; vaciad el útero.
- NO olvidéis que la muerte habitual del feto es debida a intoxicación o infección.
- NO hagáis nada para expulsar un feto muerto si el huevo está cerrado y aséptico.
- NO provoquéis el parto si el huevo está abierto pero aséptico; haced lavados vaginales y taponamientos antisépticos de la vagina.
- NO retardéis el vaciamiento del útero cuando el huevo esté abierto e infectado.

Pelvis estrecha.

NO esperéis un parto natural cuando el diámetro conjugado verdadero no pasa de cinco centímetros; la cesárea es imprescindible.

NO esperéis un parto espontáneo con niño vivo si el conjugado verdadero es de 7 centímetros y medio. Solo la cesárea salva al niño y sólo la perforación permite acabar el parto por las vías naturales.

NO esperéis un parto normal si el conjugado es de 9 centímetros y medio. Generalmente necesitaréis la versión que es fatal para el niño.

NO operéis de sopetón si el conjugado es mayor de 9 centímetros. — Conducios como en un parto normal.

Perforación del ojo.

NO hagáis la enucleación inmediata; reservadla para cuando haya muñón doloroso u oftalmía simpática.

Pericarditis.

NO olvidéis que una pericarditis puede evolucionar sin que la auscultación más cuidadosa permita descubrir ningún fenómeno anormal en el corazón.

NO olvidéis que una enorme proporción de casos de pericarditis es diagnosticada en el anfiteatro o ya cuando hay muy poco que hacer.

NO olvidéis que la pericarditis está frecuentemente asociada a una inflamación de la pleura y aún del peritoneo en las infecciones tuberculosas y en el reumatismo, dando lugar a la poliserositis que es muy compleja.

NO olvidéis que el roce pericardítico característico, generalmente desaparece cuando el derrame es abundante.

NO dejéis de buscar los fenómenos pericardíticos por medio de los rayos X y por la auscultación de la pared posterior del tórax.

NO dejéis auscultar sistemáticamente el corazón de vuestros enfermos de pleuresía, pneumonía y reumatismo febril.

NO olvidéis al evacuar un derrame pericárdico, el peligro de herir los vasos mamaros.

NO hagáis la paracentesis del pericardio cuando la pericarditis sea tuberculosa y esté acompañada de cavernas pulmonares y supuraciones múltiples.

NO olvidéis que frecuentemente, la pericarditis produce la adherencia de las dos hojas del pericardio, lo que es indispensable conocer para no instituir una terapéutica irracional.

NO suspendáis la administración del salicilato ni las aplicaciones frías.

Ricardo D. Alduvín.

(Continuará)