

¿Y la práctica clínica?

Ricardo Jáuregui-Aguilar

Los beneficios que aportan los avances tecnológicos al diagnóstico y a la terapéutica son innegables y sumamente valiosos. Sin embargo, es inadmisible que los médicos dependan de la tecnología para establecer un diagnóstico. El objetivo de este documento es enfatizar la importancia de la práctica clínica, en esta época de “posmodernidad” que ha hecho tan difícil la relación médico-paciente.

Aspectos éticos

La calidad del servicio que brindamos a nuestros pacientes está en relación directa con la oportunidad y la seguridad del diagnóstico. El interrogatorio y la exploración física son herramientas muy poderosas para lograr un buen diagnóstico y planear la mejor terapéutica. En la práctica de la cardiología, los enfermos con cardiopatía isquémica se ven ampliamente beneficiados con un buen interrogatorio y una exploración física completa y detallada. Tiene implicaciones éticas no hacer una buena exploración, puesto que las decisiones pueden ser polarmente distintas. Un paciente con *angor pectoris* típico será diagnosticado por cualquier médico que lo interroge de forma adecuada y no tendrá problema. ¿Pero qué hay con aquel menor de 65 años cuya molestia precordial no es definitiva y que muestra a la inspección un marcado surco auricular bilateral? Inmediatamente el médico deberá sospechar que padece isquemia del miocardio. La práctica clínica se ve así enriquecida con una

conclusión sencilla que no amerita gastos mayores ni pone en riesgo al paciente. Lo mismo podemos afirmar de quien solicita ayuda por dolor precordial de una semana de evolución pero que, sin embargo, no lo ha presentado las últimas 24 horas. Tendrá exámenes paraclínicos normales, por lo que solo una buena práctica clínica evitará que sea devuelto a casa con la recomendación de que regrese a practicarse exámenes inductores de isquemia para hacer el diagnóstico, puesto que parece “que no tiene nada”, y fallezca incluso dentro de las instalaciones del hospital al abandonar el servicio de urgencias... Lo cual ya ha ocurrido. Eventos de este tipo tienen graves implicaciones éticas y podrían haberse evitado con una excelente práctica clínica.

Mantener una actitud de sospecha clínica es el mejor consejo para las nuevas generaciones. Como Tolkien expresa en *El Señor de los anillos*, a través de la oración “si quieres encontrar algo...tienes que buscarlo”, se debe pensar en los diagnósticos para encontrarlos. Esta frase la utilicé en otro texto, para hacer énfasis en la alta frecuencia con que se ignora el diagnóstico de una lesión cardiovascular no penetrante, al no pensar en ella.¹

Al atender a un paciente con síncope cuya auscultación muestra un primer ruido normal sin chasquido aórtico de apertura y soplo expulsivo mesotélesistólico con irradiación a cuello, el clínico no debe pensar nada más en que se trata de un paciente con estenosis aórtica sino considerar la posible etiología del problema. La ausencia de chasquido de apertura plantea las posibilidades de calcificación de la válvula, bajo gasto cardíaco, estenosis supravalvular o un diafragma interventricular; con ello en mente, el clínico deberá solicitar los estudios de confirmación ya con un enfoque más preciso. Tiene implicaciones éticas que el cirujano de corazón se lleve la sorpresa de encontrar algo inesperado como un rorete subaórtico y si bien su capacidad le permitirá resolver esta situación, no debe consentir que el paciente sea intervenido quirúrgicamente sin un diagnóstico fino.

Aspectos económicos

La mitad de los ecocardiogramas transtorácicos efectuados en el hospital son normales; 40 % de las pruebas de medicina nuclear para buscar isquemia miocárdica solicitadas por

Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, México, D. F.

Solicitud de sobretiros:

Ricardo Jáuregui-Aguilar.

Hospital de Cardiología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social,

Av. Cuauhtémoc 330,

Col. Doctores, 06720 México, D. F.

Tels.: (55) 5761 0969; 5627 6900, extensión 21917.

Fax: (55) 5761 4867.

E-mail: ricardo.jauregui@imss.gob.mx; ricardo_jau15@hotmail.com

Recibido para publicación: 06-05-2009

Aceptado para publicación: 17-11-2009

parte de los hospitales de zona tiene resultados negativos; 35 % de los estudios de laboratorio que se practican todos los días a nuestros pacientes hospitalizados es normal. Estas cifras, obtenidas del archivo hospitalario, muestran tanto la deficiente práctica clínica que en la actualidad tenemos como la búsqueda de diagnósticos diferenciales que de otra forma sería imposible hacer. En un hospital universitario es admisible que la cantidad de pacientes con cardiopatía isquémica cuyas coronariografías son normales alcance 3 a 8 %. Un porcentaje superior claramente indica mala práctica clínica, ya que al analizar una cohorte de este tipo se encontró que muchos pacientes tenían síntomas no definitivos además de estudios no concluyentes, a pesar de lo cual fueron llevados a estudio hemodinámico.²

Son incalculables las pérdidas económicas que una mala práctica clínica provoca. Parecería sencillo resolver esta situación, sin embargo, implica un cambio profundo de actitudes por parte del médico, lo cual incluye tener conocimientos amplios sobre la patología cardiovascular, firmeza en las decisiones que toma y ponderar el valor de cada estudio para no dejarse influir por modas, posibles recompensas no académicas y siempre considerar que el bienestar del paciente y la recuperación de su salud es primero.³

Aspectos académicos

Resultan impresionantes los efectos que un buen clínico provoca en sus residentes y estudiantes. Una anécdota muy significativa que el autor viviera con un antiguo cardiólogo en el hospital ejemplifica lo mencionado. Hace tiempo, una paciente de 82 años ingresó a la unidad coronaria con un infarto agudo del miocardio de la cara anterior sin complicaciones. Dos días más tarde cayó en edema agudo pulmonar y estado de choque cardiogénico. El cardiólogo tratante le puso la mano en el pecho y declaró en voz alta: “se le rompió el *septum* interventricular” aun antes de auscultarla y de hacer otro tipo de estudios. Después habría de entender la lógica de su diagnóstico, pero me quedó muy grabado el impacto que produjo entre quienes lo escuchamos aquella tarde. Situaciones como ésta enriquecen la vida de los médicos, puesto que son situaciones que nos hacen crecer en nuestra práctica clínica.

La visita médica a cada paciente debe ser un acto solemne, siempre precedida del análisis de la información recabada hasta ese momento y motivo de un concienzudo análisis subsecuente. De este modo, la práctica clínica cumplirá con el sagrado objetivo de ofrecer al paciente la mejor asistencia médica, además de cumplir con la obligación moral que tenemos los médicos de enseñar a otros, sobre todo a nuestros residentes, la parte más valiosa de la academia en todo hospital.

No debemos perder de vista que toda discusión académica sobre el diagnóstico, pronóstico y terapéutica del paciente deberá efectuarse lejos de su ámbito, puesto que muy probablemente interpretará lo que escucha, con alto margen de error.

La relación entre médicos y pacientes

La relación que los médicos logramos establecer con nuestros pacientes y sus familiares está basada en la confianza mutua. La excelencia en la práctica clínica incrementa esta confianza en tan alto grado que hará innecesario cualquier documento que contenga un consentimiento informado, aunque por otra parte éste es un requisito legal del expediente clínico. Los médicos nos debemos a los enfermos; son el motivo de nuestra existencia como profesionales. Así, es nuestra obligación ser pacientes, tolerantes y escucharlos con atención y esmero. Cuando nos relatan sus problemas, lo que llamamos el padecimiento actual, debemos darles libre albedrío, acotándolos con delicadeza e inteligencia; el interrogatorio se debe convertir en un acto amistoso para que el paciente ofrezca la mayor información posible. En todo acto médico debemos mantener presente el humanismo con curiosidad científica y ética profesional, puesto que si no están presentes, nuestras acciones se convierten en un fraude.

No debemos descalificar algunas situaciones que el paciente considera importantes, como la participación de un familiar en la consulta o que lea las anotaciones que lleva para consultarnos, lo que ha sido llamado el signo clínico del “papelito de Charcot”, que de manera automática califica al paciente que lo lleva a la consulta como un neurótico hipocondríaco, puesto que hace 150 años este eminentе psiquiatra así lo estipuló. En la literatura reciente, el signo del “papelito de Charcot” ha sido revalorado puesto que antes se consideraba una manifestación clínica de un individuo emocionalmente alterado, con rasgos claros de neurosis, ansiedad y tendencias depresivas. En la actualidad es frecuente que los pacientes acudan a su consulta con una lista de sus molestias pues no quieren olvidar algo y llamar más tarde a su médico, incluso hay algunos que graban su consulta, llevan artículos impresos, imágenes de algún fármaco o procedimiento nuevo obtenido por internet. Y si bien el médico debe estar atento a brindarle al paciente toda la información que requiera, este tipo de circunstancias en la relación médico-paciente que antes no vivíamos la ha vuelto más compleja.⁴

Dentro de esta complejidad no puede obviarse el problema de las quejas y demandas de todo tipo relacionadas con la actuación de los médicos, desde los pacientes que

demandan por influencia de abogados sin ética que solo pretenden lucrar,⁵ hasta los que se quejan por sentir su dignidad atropellada en un acto médico. El primer paso para evitar la mala relación médico-paciente es la confianza, basada en una excelente práctica clínica. Infortunadamente el neoliberalismo se ha infiltrado en la conducta de muchos médicos, por lo que la práctica médica ha perdido mucho del altruismo que la caracterizaba y ha deteriorado la relación médico-paciente, que era y sigue siendo la base más importante del trabajo clínico, ya que la bonhomía, afecto y respeto por el paciente que caracterizó a los médicos se ha ido perdiendo en esta etapa de “postmodernidad”.⁶

El médico capaz de realizar la mejor práctica clínica, de utilizar un lenguaje adaptado a las condiciones sociales e intelectuales de su paciente y familiares y, finalmente, de mantener un absoluto respeto al trato con humanismo a todos los pacientes y que espera como única recompensa la satisfacción de su vocación de servicio (que es lo

único que debió haberlo llevado a ser médico), habrá de trascender.

Referencias

1. Jáuregui R. Traumatismos cardiovasculares. En: Ruega E, Jáuregui R, Saturno G, editores. Cardiología. México: El Manual Moderno; 2005. pp. 939-944.
2. Jáuregui R. Isquemia miocárdica de etiología no aterosclerosa. En: Ruega E, Jáuregui R, Saturno G, editores. Cardiología. México: El Manual Moderno; 2005. pp. 635-642.
3. Quijano M. Del ejercicio actual de la medicina. Rev Fac Med UNAM 2008;51:139-140.
4. Goetz Ch. Charcot and the myth of misogyny. Neurology 1999;1678-1686.
5. Moses R, Feld A. Legal risks of clinical practice guidelines. Am J Gastroenterol 2008;103:7-11.
6. Quijano M. La postmodernidad y la medicina. Rev Fac Med UNAM 2008;51:185-187.