
EDITORIAL

La clínica. Madre de todos los instrumentos

"Mientras la medicina sea medicina humana, no habrá ocaso de la clínica"
Ignacio Chávez 1969

Lo ocurrido en la cardiología en los últimos 100 años es como para desquiciar a cualquiera de los que lo hemos contemplado; de hecho, algunos ya se han quedado atrás, ya sea por desinterés, ya sea por temor, incapacidad o simplemente por lo abrumador que resulta seguir el avance.

Hemos visto ya desfilar por lo menos 40 generaciones de médicos residentes por nuestra casa, notando con alarma la pérdida generacional progresiva de la clínica en ellos o, por lo menos, un descuido importante del análisis clínico juicioso que proporciona una buena historia clínica, cuya omisión conlleva al despilfarro de onerosos estudios de laboratorio y de gabinete y, en numerosas ocasiones, también al error en el diagnóstico y en el tratamiento. Baste con preguntarnos cuál máquina nos muestra una angina de pecho o un bronco-espasmo.

De igual manera, hemos asistido a la transformación de una cardiología, si bien es cierto, impregnada de un espíritu científico y de investigación desde los tiempos de los maestros Sodi-Pallares, Rafael Méndez, Medrano,

Bisteni, De Michelle, Costero y varios más (por sólo citar algunos), pero basada en unas cuantas experiencias o experimentos de laboratorio que conducían prácticamente a conocimientos anecdóticos.

Todo ello hasta la ahora en boga y mal llamada medicina basada en la evidencia, me refiero a la práctica médica,¹ estudios que reclutan miles de pacientes, comparando el resultado de un tratamiento contra otro y estudios de meta-análisis que aglutinan los resultados de muchos estudios realizados con el mismo objetivo, que en numerosas ocasiones incluyen muchos centros de investigación en todo el planeta y que emplean el escrutinio estadístico como juez de los resultados hoy por hoy, ciencia que más se apega a la verdad.

Pero analicemos ambas posturas: la de la medicina anterior –prácticamente anecdótica– y la moderna, la que emplea el análisis estadístico como revelador de la certidumbre.

La primera, a nuestro juicio, tiene la enorme desventaja de haber dado por hecho y por verdad ineludible lo que ocurría en unos cuantos experimentos llevados a cabo en animales de laboratorio o en seres humanos, con la variable metodológica que esto impli-

caba y sin tener en cuenta la estandarización del método científico. Resumía las observaciones de un grupo pequeño de personas y en numerosas ocasiones los resultados no eran reproducibles por otros grupos. Tenía la enorme ventaja del experimento aislado, personal y minucioso de ser llevado a cabo caso por caso y por el mismo investigador, pero presentaba la enorme desventaja de no ser del todo reproducible por otro investigador. Tal fue el caso de la solución polarizante preconizada por Sodi-Pallares, que si bien es cierto tiene algunas aplicaciones en la actualidad, el resto de sus bondades no pudieron ser reproducidas por otros grupos.

El método moderno parece ser el más acertado, el que emplea la estadística y reúne un enorme número de casos que la hacen posible, pero también hay que decir de este método como juez de lo que es verdad. Si bien es cierto que la metodología que emplea es muy rigurosa e igual para todos los grupos, éstos en sí no son iguales: diferentes poblaciones, diferentes investigadores, diferente genética.

Requiere del reclutamiento de cientos de investigadores que, en numerosas ocasiones, no se apegan del todo a la metodología o lo que es más, el empleo de personas

paramédicas que no son el propio investigador y que suplen a éste, en el afán de reclutar el número solicitado de pacientes.

Baste señalar nuestra experiencia en un estudio que llevamos a cabo en el Instituto Nacional de Cardiología con un laboratorio alemán que lo financiaba, cuando al ser revisados los expedientes de manera minuciosa por un auditor ajeno a la institución y al laboratorio, éste nos señaló, por lo menos aquí, las presiones arteriales sí son tomadas por los mismos médicos investigadores.

Hay, además, otra faceta por analizar en este tipo de estudios y es el interés económico que mueve a la industria químico-farmacéutica a soportar los enormes gastos que conllevan estos estudios y que numerosas ocasiones sesgan a los investigadores a falsear sus resultados con miras a seguir siendo bien atendidos por el laboratorio.

El médico en general (salvo honrosas excepciones) ha declinado su clínica y ha inclinado su rodilla ante el avance avasallador de la deslumbrante tecnología, la mayoría por ignorancia, la minoría por comodidad y otros cuantos por incapacidad para mantenerse actualizados ante el avance vertiginoso.

El médico ha dejado en manos de las máquinas el análisis cuidadoso del diagnóstico y, lo que es peor, las decisiones terapéuticas con base en patrones, protocolos, guías, algoritmos y demás recetas de cocina; ha dejado a un lado la parte más valiosa del análisis: la historia clínica con su interrogatorio y exploración insustituibles por más tecnología que nos asista.

No hay un solo caso clínico idéntico al otro y todos ellos requieren del análisis y razonamiento cuidadoso del clínico. La clínica no se puede protocolizar, esto es útil solamente como medi-

da de estandarización cuando se lleva a cabo una investigación que requiere del apareamiento de los datos demográficos, no con cada enfermo en particular.

En el análisis filosófico acerca del cambio de la medicina clínica a la medicina del laboratorio y del gabinete sofisticado –llevado a cabo por el maestro Chávez en la conferencia magistral sustentada ante el I Congreso Nacional de Cardiología en Caracas, Venezuela, en julio de 1969 y publicada en el primer capítulo del libro sobre Cardioneumología Fisiopatológica y Clínica de Ignacio Chávez Rivera–,² se pregunta si acaso no estamos asistiendo al ocaso de la clínica, su respuesta inmediata fue la siguiente: “Seguramente que no, **mientras la medicina sea medicina humana no habrá ocaso de la clínica**, es ella la que sirve de base a todos los nuevos estudios y la cuspide a donde convergen todos los avances.”

Decía también Ignacio Chávez esta gran verdad, que nos parece imperecedera y que hemos colocado en la página web de la Consulta Externa del Instituto Nacional de Cardiología:³ “Ser amos de las máquinas, no sus esclavos; pidiendo a ellas sólo la información, no las decisiones; éas quedan para la reflexión inteligente y la experiencia del clínico. Las máquinas podrán hacer muchas cosas, pero nunca comprender el sufrimiento del enfermo y menos segar su angustia.”

No es infrecuente hallar historias clínicas en donde el cardiólogo es incapaz de señalar con su estetoscopio la distancia que media entre el segundo ruido aórtico y un chasquido mitral, que determina la severidad de una estenosis en dicha válvula, o bien, las que señalan “pulso carotídeo homócroto y sincrónico con el

radial”, esto sería entendible en un ortopedista o en un ginecólogo, pero en un cardiólogo que es incapaz de detectar el retraso que existe entre el pulso radial y carotídeo es imperdonable.

El médico actual ni siquiera sabe qué es lo que su máquina hace o por qué lo hace, ni de dónde viene su respuesta; sólo conoce que tiene un software que apretando tal tecla, le hace las mediciones que necesita y le aplica las fórmulas físico-matemáticas para obtener un parámetro, sin conocer y menos entender en realidad cuál fórmula está empleando ese software. Y lo que es más grave, en numerosas ocasiones ni siquiera revisa él mismo el estudio que pidió, no ve las imágenes, no analiza las curvas ni los trazados, se basa en un informe escrito de lo que otro médico, supuestamente experto en el procedimiento (y quien desconoce al enfermo), le dice acerca de lo que está ocurriendo en su paciente, no domina la técnica y ni siquiera sabe que –al revés de una telerradiografía del tórax que tiene una metodología que no es operador dependiente– la ecocardiografía, la hemodinámica, la tomografía, la resonancia magnética, la electrofisiología y aún la misma electrocardiografía, son operadores dependientes y que el mismo estudio realizado en el mismo paciente por operadores diferentes, proporciona información diversa. Es más, el mismo operador puede cambiar su información de un día para el otro.

Y qué decir cuando los procedimientos son dejados en manos de principiantes o de técnicos (como es frecuente en hospitales de Norteamérica), que más que efectuar un estudio orientado a una búsqueda determinada, realizan un protocolo o receta de cocina, sin tener idea de lo que buscan.

¿Cuántos ecocardiografistas o electrofisiólogos emplean su estetoscopio? ¿Cuántos cardiólogos clínicos pueden, hoy en día, decir con el electrocardiograma en la mano que tal o cual electrodo estuvo mal colocado en la toma del estudio? Qué hay de la medición del grosor de las paredes del corazón que se efectúa con ultrasonido, si aquélla se lleva a cabo con el modo M exclusivamente y con el transductor angulado que produce un corte tangencial y no perpendicular, sin haberse asegurado de la incidencia del rayo ultrasónico con el modo bidimensional.⁴

Los estudios deben de solicitarse con la idea de buscar lo que uno pretende hallar, de completar aquello que se encontró en la historia clínica y que ni el interrogatorio, ni la exploración física, le permiten a uno ir más allá en el diagnóstico. El uso de las máquinas debe de ser restringido a aquellos casos en los que órganos de los sentidos y el raciocinio del médico encuentren su limitante, y el diagnóstico no pueda ir más allá. Los estudios nunca deben de pedirse con la finalidad de “a ver qué encuentro”.

El que no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra

Tengo, en este momento, que aceptar la ineludible verdad de algunos estudios que comparan el acierto en el diagnóstico de un aneurisma aórtico abdominal efectuado por la clínica, al del escrutinio llevado a cabo por medio de tomografía computada: 60% de acierto para el primero contra 96% para el segundo.

Pero, ¿es que hay suficiente dinero (no se diga en México, en el mundo) para pasar por cuanta máquina existente a todos los enfermos? O no sólo eso, sino –

preferentemente– a todos los supuestamente sanos, ¿esto es posible o sería racional? La respuesta desde luego es no. No sería admisible, ni aun en países poderosos en donde el dinero debe de ser empleado de manera más racional; hay menesteres mayores en todas partes del planeta.

Como se advierte de lo anteriormente comentado, se confirma el temor que tenía nuestro fundador, en cuanto a que la subespecialidad, si bien es cierto profundiza en el diagnóstico y en el tratamiento, deja a un lado tanto el lado humano, como el resto de la patología, haciendo imposible un tratamiento integral de las comorbilidades que requiere cada caso en especial, dejando también de lado el resto del conocimiento cardiológico, así como el de la medicina interna.

Estos comportamientos médicos tan especializados, junto con los costos tan elevados de la medicina moderna, han hecho que proliferen cada día más las llamadas medicinas alternativas y los mal llamados tratamientos holísticos, ya que el holismo, según la Real Academia de la Lengua Española, es la doctrina que propone la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen (nada más ajeno a lo que es la Biología); si, además, el holismo pretendiese integrar la enfermedad como un todo, eso se llamaría medicina interna, de la cual hay –sin duda alguna– mucho avance desde la medicina aristotélica. Estos entes holísticos son, desde luego, charlatanes, explotadores sin conocimientos, pero con atención al aspecto humano, que es lo que los enfermos necesitan junto con la ciencia del médico. Es frecuente ver cómo el experto en ecocardiografía, el de resonancia magnética nuclear, el del tomógrafo, etc., se

la pasan tratando de convencer que su método es el mejor para llegar a determinado diagnóstico.

El cardiólogo moderno no tiene que dominar todas las subespecialidades, es demasiado; pero al menos, hoy por hoy, debe de conocer a la perfección cuál método instrumental le permite o lo acerca más al diagnóstico, para poder seleccionarlo y, de esta manera, evitar el dispendio, pero –además– tiene que revisar él mismo el estudio que pidió, de preferencia, junto con el experto (para poder seguir aprendiendo). He visto cardiólogos que ni siquiera saben cuál estudio pedir para orientar su diagnóstico, o bien, pedir uno que no es el apropiado.

Y qué decir de lo que se pierde con la ausencia de un interrogatorio minucioso, que permite al médico la clara percepción de la queja del enfermo escrita en sus propios términos a diferencia de la lectura de una mala historia clínica realizada por otra persona (estos médicos famosos que pululan en todos lados con varios consultorios simultáneos, atendidos por ayudantes, quienes les cuentan su impresión de lo que tiene el paciente y que después, con toda rimbombancia, salen a decir al enfermo lo que hay que hacer con su salud) ¿Eso es ético? ¿Eso lo hubiese permitido nuestro líder? Historias hechas de prisa, con datos mal recabados o incompletos y no sólo eso, sino además la pérdida de la identificación del enfermo con su médico, con el hombre que escucha y pone atención en la dolencia que le es confiada y que permite el acercamiento espiritual que se traduce en confianza y esperanza de alivio o cuando menos de mejora. Decía Chávez: “Hay que inculcar al enfermo la fe en su mejoría.”

Deja también mucho que desear la conducta de algunos “in-

tensivistas”, que pasan su visita cotidiana a las máquinas, viendo los monitores, sin siquiera saludar a su paciente y preguntarle cómo se siente; el enfermo solamente oye frases como éstas:

- ¿Cómo está la presión enclavada? Sigue elevada doctor. 30 mm de Hg.
- ¿Y la sistólica pulmonar? También sigue alta. 60 mm Hg
- ¿Cuánto está saturando? 70%, doctor.
- ¿Cuánto han dado los drenajes? Sigue sangrando doctor.
- ¿Qué dijo el eco del derrame pericárdico? ¿La válvula sigue disfuncionando?— Etc., etc., etc.

¿Qué no podría, en los enfermos graves, recoger toda esta valiosísima e indispensable información que proporcionan las máquinas, antes de entrar al cuarto del paciente? Y ya dentro, sólo preguntarle a él: ¿Ya no le duele tanto Don Fulano? ¿Durmió Ud. bien? ¿Cómo va su respiración? ¿Ha comido? Déjeme oír su pulmón y su corazón. ¿Cómo le están tratando, qué se le ofrece?

Uno ve con espanto la creación de lo que modernamente se ha denominado imagenología, con la formación de cardiólogos expertos en imagen; lo mismo en radiología general, ecocardiografía, tomografía computarizada, medicina nuclear o resonancia magnética; cuando la sola ecocardiografía o la radiología por sí solas, debido a su extensión, resultan inabarcables para poder ser dominadas en su totalidad por un solo especialista, pero, además, uno se pregunta ¿Un especialista en imagen que ni siquiera le ha visto la cara al enfermo?

Es, pues, necesario a nuestro juicio, volver a la educación anterior desde la escuela de medicina reforzando siempre lo clínico, imbuir con ahínco –en las nuevas

generaciones– la necesidad de fomentar la relación entre el médico y su enfermo, con pulcritud, con cortesía, con simpatía y hacerles ver que ésta es la única manera humanitaria de hacer una buena medicina.

El cardiólogo moderno tiene que hacer un esfuerzo mayúsculo en esta era. Requiere (a mi juicio) de su medicina interna con un mínimo de dos años, su especialización cardiológica con un mínimo de tres años y posteriormente tomar la subespecialidad que desee, si es de gabinete mínimo dos años más y tres más si quiere ser intervencionista; pero en cualquiera de estos casos le debe de quedar claro que nunca habrá de abandonar la clínica.

Es indispensable, también, que los profesores de los residentes en realidad enseñen clínica a la cabecera del enfermo. Es menester enfatizar estas ideas, durante las residencias de los médicos, es necesario que el médico entienda estas reflexiones y aplique la clínica con juicio, sin desdeñar desde luego toda esta maravillosa tecnología de la que disponemos en la actualidad y que todos sabemos el beneficio que ha proporcionado a los enfermos y que constituye un tesoro invaluable cuando es empleada con raciocinio.

Termino mi reflexión con el temor de ser juzgado como antiguo o como viejo; nada más alejado de eso ha sido mi comportamiento a lo largo de mi vida profesional, tratando de no atrasarme, de seguir con avidez e interés el avance, aprender del joven; pero –además– quisiera preguntar a los que podrían disentir de esta manera de pensar: ¿Cómo se sentirían al respecto, cuando algún ser querido, o ellos mismos, perdiesen la salud?

*Creo que es tiempo de detenerse.
Mientras paseábamos
por el jardín de Akademos,
discutiendo estas cosas
generales de la medicina,
ha caído la tarde.*

*El sol se ha puesto del
lado del Pireo y
sólo se ve como una claridad,
mitad rosa y mitad oro,
la colina sagrada
de la Acrópolis.
Por fortuna,
esa luz es bastante para
guiar nuestros pasos.*

Ignacio Chávez S.
Congreso Mundial
de Cardiología
Bélgica,
septiembre de 1958.⁵

REFERENCIAS

1. Cárdenas M. Los dislates en los escritos médicos. *Arch Cardiol Mex* 2010; 80: 315-7.
2. Bourgeois FT, Murthy S, Mandal KD. Outcome reporting among drug trials registered in clinical trials. gov. *Ann Intern Med* 2010; 153: 158-66.
3. Chávez RI. Cardioneumología fisiopatológica y clínica. 1a. ed. Vol. 2. México: UNAM; 1973.
4. Disponible en: <http://www.cardiologia.org.mx> [Asistencia Consulta Externa].
5. Guadalajara JF. Ecocardiografía modo M. En: Cardiología. Cap. 10. 6a. Ed. Méndez Editores S.A. de C.V.; 2006, p. 330. ISBN 968-5328-62-5.
6. Chávez RI. Cardioneumología fisiopatológica y clínica. 1a. Ed. Vol. 1. México: UNAM; p. 31.

Sergio Trevethan-Cravioto*

*Jefe del Departamento de Consulta Externa, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Reimpresos:

Sergio Trevethan-Cravioto
Departamento de
Consulta externa
Instituto Nacional de
Cardiología