

CARTA AL EDITOR

A propósito de la carta titulada "Inexactitud de la medicina moderna"

Speaking on the letter entitled "Inaccuracy of modern medicine"

Dr. Junior Vega Jiménez

Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente "Dr. Mario Muñoz Monroy", Matanzas, Cuba.

Matanzas, 27 de julio de 2017

A: Dra. C. Luisa Acosta Ortega
Directora de la revista MEDISAN

Estimada directora:

He leído con gran interés la carta titulada "Inexactitud de la medicina moderna",¹ publicada en su prestigiosa revista. Considero que existen elementos que se omiten y que merecen ser debatidos. Dicha carta, hasta cierto punto, se puede considerar original al expresar argumentos que "intentan" modificar lo señalado por diversos autores de renombre dentro de la medicina.

Plantear categóricamente que en medicina "dos y dos son cuatro", es como refutar el clásico principio de que en medicina "no hay enfermedad sino enfermos". Representa negar la defensa del método clínico tan preservado por los profesores Cecil, Farrera, Harrison, Luis Rodríguez Rivera, Fidel Ilizástegui Dupuy, Raimundo Llanio Navarro, Miguel Ángel Moreno, Alfredo Darío Espinosa Brito, José Ángel Fernández Sacasa y el ilustre profesor santiaguero Reinaldo Roca Goderich; este último expresa en cada línea de su libro *Temas de medicina interna*, también conocido como "*el Roca*", que la medicina no es una ciencia exacta. Cuando tratamos con pacientes no trabajamos con variables estadísticas, en las cuales el resultado siempre se corresponde con una u otra fórmula o ecuación previamente diseñada. El paciente, como ser biopsicosocial, puede presentar diagnósticos variables y hasta sorprendentes.

En medicina, con respecto al diagnóstico, no se puede imponer el término "tiene que ser", sino "puede ser"; es necesario recordar que tratamos con seres humanos y no con software o hardware.

Es bien conocido que más de 50 % de los diagnósticos de certeza se pueden hacer tan solo por la clínica. Hoy se posee la ventaja adicional de la tecnología moderna, pero siguen constatándose diagnósticos errados. Un análisis de autopsias, realizado por Goldman² en 1984, en el que se comparan tres épocas médicas, no descubre cambios en los errores de diagnóstico con la introducción de la tecnología moderna en una institución hospitalaria. Corresponde reiterar que los métodos de exploración, incluida la clínica, tienen un límite: todos están sujetos a error. Esto pudiera catalogarse como un axioma o una ley.^{3,4}

En tal sentido, me atrevo a citar a Rodríguez Rivera,³ al mencionar el trabajo realizado por Seth Landefeld en un hospital comunitario clínico de los Estados Unidos, donde se

comprueba que una ecografía de abdomen deja de detectar múltiples abscesos abdominales; un infarto cardíaco transmural no se diagnostica en parte porque el ecocardiograma muestra una disfunción ventricular global y no local; una estenosis de 90 % de la arteria coronaria descendente anterior deja de diagnosticarse por una interpretación errónea de la coronariografía; y una biopsia de pulmón a cielo abierto no fue capaz de revelar una neumonía por hongos.

A varias décadas de formuladas estas evidencias nos corresponde plantearnos si en realidad son "cosas del pasado".

En cuántas ocasiones el cirujano no ha diagnosticado brillantemente en un joven una apendicitis aguda, con todos los signos clínicos positivos: Rovsing, Blumberg, Lanz, Mc Burney, Morris y otros, y al final resulta ser una entidad nosológica diferente; desde un tumor del ciego hasta una nefrolitiasis. Lo mismo puede suceder en un anciano con una comorbilidad asociada de importancia, con una angina mesentérica que luego evoluciona a una trombosis. Entonces, ¿podemos plantear que el médico es mediocre porque el diagnóstico no fue exacto?

Algo similar sucede con los intensivistas. Al analizar los informes nacionales y foráneos acerca de la mortalidad hospitalaria, comprobamos que los mayores porcentajes de fallecimientos y discrepancias diagnósticas ocurren en dichos servicios a pesar de que se brinda la atención tecnológica más avanzada.⁵ ¿Acaso esos datos son expresión de la incapacidad diagnóstica de estos médicos al no realizar una certera correlación clinicopatológica? No se puede apoyar esta afirmación estrictamente, teniendo en cuenta que la mayoría de los fallecimientos ocurren las primeras 48 horas, por lo que se atiende a pacientes con un estado muy crítico, que en ocasiones dificulta la obtención de información en la anamnesis para confeccionar la historia clínica. Por tanto, en determinadas circunstancias se trata el efecto y no la causa.

Semejante eventualidad ocurre con los internistas, tanto en el cuerpo de guardia como en las salas de medicina interna, donde se enfrentan al constante enigma diagnóstico de una fiebre prolongada, una ictericia, una anemia o un derrame pleural sin causa precisada. Un ejemplo actual de este reto lo constituye la endocarditis infecciosa subaguda, en la cual el médico siempre tiene que "pensar en la enfermedad y defender su hipótesis", pues si espera por la clásica triada de fiebre, anemia y soplo de reciente aparición, de seguro no será capaz de diagnosticar ni 10 % de los casos.

Por ende, cuando nos enfrentemos a estos desafíos diagnósticos de la medicina contemporánea, habrá que pensar en que "dos y dos no son cuatro". Por estos motivos existen y existirán siempre las piezas frescas, *staff meetings* y, sobre todo, las clínicas patológicas institucionales, donde se le darán soluciones a los casos clínicos complejos, lo cual servirá de base para evitar que ocurran nuevamente estos "errores". No obstante, podemos participar en cien clínicas patológicas y examinar una, dos o más veces a miles de pacientes, pero siempre los casos se manifestarán de manera diferente.

Por mucho conocimiento que posea el médico sobre procesos morfofisiopatológicos, incluso a nivel molecular, existen pacientes que no se pueden "clasificar", "etiquetar" o "rotular" con una enfermedad desde el primer momento en que se examinan. Algunos requieren, sobre todo en la fase inicial del proceso morboso, dejarlos evolucionar clínicamente con el transcurso del tiempo.

Solo coincido plenamente con el autor, ¹ de que es reprochable y hasta cuestionable utilizar el precepto “dos y dos no son cuatro” para justificar la inexperiencia médica, el error y hasta la negligencia en el momento de instaurar un diagnóstico.

El médico que, sin importar el perfil de su especialidad, se encuentre vinculado constantemente al paciente mediante las guardias médicas, consultas externas y el trabajo en sala, nunca podrá afirmar categóricamente que en medicina “dos y dos son cuatro”, ni negar que “existen enfermos y no enfermedades”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliu Lambert H, de la Cruz Castillo N. Inexactitud de la medicina moderna. MEDISAN. 2017 [citado 26 Jul 2017];21(7):800-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192017000700001
2. Goldman L, Sayson R, Robbins S, Cohn LH, Bettmann M, Weisberg M. The value of the autopsy in three medical eras. N Eng J Med. 1983 [citado 30 Dic 2016]; 308. Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM198304283081704>.
3. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Reflexiones sobre dos épocas. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2013.
4. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Lecturas y lecciones: La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012.
5. Vega Jiménez J, Hurtado de Mendoza Amat J, Vega Candelario R. ¿La correlación clínico-patológica es un indicador útil en las unidades de atención al grave? Rev Cubana Med Intens Emerg. 2017 [citado 26 Jul 2017]; 16(2). Disponible en: http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/article/view/225/html_101.

Recibido: 22 de noviembre de 2016.

Aprobado: 31 de agosto de 2017.

Junior Vega Jiménez. Hospital Militar Clínico Quirúrgico Docente “Dr. Mario Muñoz Monroy”. Carretera Central, Km 109, reparto 2 de Diciembre, Matanzas, Cuba. Correo electrónico: juniorvj.mtz@infomed.sld.cu