

Escuchemos a nuestros pacientes: el poder de la palabra Let's listen to our patients: the power of the words

Frank Lizaraso Caparó ^{1,b,c,d}, Enrique Ruiz Mori ^{1,a,e}

En agosto 2018, se publicó la IV definición universal del infarto de miocardio (IM), que corresponde a un consenso de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), el Colegio Americano de Cardiología (ACC), la Asociación Americana del Corazón (AHA) y la Federación Mundial del Corazón (WHF), dirigido principalmente a cardiólogos y para los profesionales sanitarios implicados en el diagnóstico del IM ⁽¹⁾. En esta Guía de Práctica Clínica se menciona: “La definición clínica de IM denota en primer lugar la presencia de daño miocárdico agudo detectada por **biomarcadores cardiacos anormales**” y “al menos una de las siguientes condiciones: **síntomas de isquemia miocárdica y cambios isquémicos nuevos en el electrocardiograma**”. Este concepto dista mucha de las primeras definiciones de IM de la Organización Mundial de la Salud, en donde se consideraba en primer lugar los síntomas clínicos y luego se incluían los cambios electrocardiográficos y las enzimas cardiacas elevadas en sangre ^(2,3).

En las últimas décadas, producto de los avances tecnológicos en medicina, se ha desplazado poco a poco a la clásica e importante historia clínica, donde se incluía un preciso interrogatorio y un minucioso examen físico, que planteaban un diagnóstico presuntivo, por nuevos procedimientos técnicos que auxiliaban al diagnóstico inicialmente, para luego convertirse, en estos últimos años, en el nuevo y trascendente elemento diagnóstico. El paciente, generalmente, acude a la consulta médica porque hay algo que no está bien en su salud y busca en el médico la ayuda necesaria. Es fundamental este acercamiento inicial entre el médico y el paciente, si consideramos que allí empieza la empatía que se mantendrá en el tiempo mientras dure el tratamiento y, en muchos casos, más allá. El médico lo primero que hace es escuchar al paciente, para posteriormente interrogarlo y después examinarlo. Es un ritual del arte de la medicina, si bien la medicina es una ciencia que estudia al cuerpo humano en salud y en enfermedad, es un cúmulo de información y conocimiento, es objetivo; pero también a la vez es arte, ya que es una virtud o habilidad para realizar el acto médico, para ello se requiere del dominio de la evidencia científica y de habilidades técnicas que se adquieren día a día con la práctica.

Cada vez es más frecuente que los médicos tengan un corto periodo de tiempo para evaluar a sus pacientes, el médico ya no escucha la voz doliente. En Inglaterra, una consulta médica dura en promedio 8 minutos, que incluyen la historia, el examen y la prescripción; el tiempo de interrogatorio es muy breve, los profesionales de la salud escuchan a sus enfermos, aproximadamente, solo 20 segundos antes de interrumpirlos ⁽⁴⁾. Sin embargo, si el paciente refiere cefalea, rápidamente, se le solicita una tomografía o una resonancia cerebral, en cambio, si refiere dolor de garganta se le prescribe velozmente azitromicina; o, ante el solo hecho de referir mareos, una batería de exámenes que incluyen hemoglobina y hematocrito, hemograma con numeración y fórmula, perfil lipídico, glicemia, función renal, etc.

1. Universidad de San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú.

a. Director de Horizonte Médico, Responsable de las asignaturas de Fisiología y Fisiopatología.

b. Editor de Horizonte Médico

c. Decano.

d. Doctor en Medicina, Máster con mención en Cirugía Plástica.

e. Doctor en Gestión de Salud.

Mucho de la esencia de la medicina se pierde en estos días. El interrogatorio es vital para el diagnóstico, el valor de las palabras del enfermo, la manera como nos describe sus molestias nos permite orientar el diagnóstico. A una mujer joven que refiere sufrir con frecuencia palpitaciones, por lo que acude a emergencia, se le realiza un electrocardiograma (EKG), que si está normal, no es raro que le adjudiquen el diagnóstico de ansiedad, estrés, etc. Sin embargo, si se hubiese interrogado sobre la forma en que inician y terminan las palpitaciones, podríamos quizás conocer si el origen es brusco o inmediato y, de presentar un final abrupto, se podría tratar de una taquicardia paroxística supraventricular.

Cómo no tener presente la clásica descripción de Sir William Heberden en 1768 sobre la angina de pecho, que, hasta la actualidad, no ha sido superada, y nos permite a través de un buen interrogatorio reconocer si se trata de un tema cardiológico⁽⁵⁾. Ante todo paciente con dolor opresivo, retroesternal irradiado a miembro superior izquierdo cara cubital, de más de 20 a 30 minutos de duración, la primera presunción diagnóstica es descartar un infarto de miocardio, para lo cual debemos solicitar un EKG y biomarcadores cardiacos. Si inicialmente obtenemos un valor elevado de troponinas y, por este solo hecho, creemos que se trata de un infarto de miocardio, debemos recordar que este biomarcador puede estar elevado en tromboembolia pulmonar, insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca aguda, sepsis, ictus, miocarditis o pericarditis.

El desarrollo de la tecnología en medicina no determina que la evaluación clínica sea obsoleta y que esté en desuso; los tiempos modernos no atrofian los conceptos básicos instituidos por el médico inglés Thomas Sydenham, conocido también como el “Hipócrates inglés”, a quien se le atribuye el estudio de las enfermedades con base a síntomas y signos. El escuchar y observar al paciente eran la piezas con las que se principia a construir un diagnóstico; pero se asiste cada día, con preocupación, a un marcado desinterés por la historia clínica, por el contrario, la dependencia por imágenes (resonancia, tomografía), exámenes de laboratorio o procedimientos inmunológicos, crece, se hipertrofia, y ocasiona, entre otras cosas, que la atención de salud se encarezca. Las solicitudes de estos exámenes no deben ser indiscriminadas, ni generar una inercia del accionar médico.

La entronización de la tecnología no debe traer consigo una pérdida del significado de la medicina. La tecnología es una herramienta muy buena en el campo de la salud, pero nunca podrá reemplazar un buen criterio médico que nace de un interrogatorio adecuado, en donde continuemos escuchando a nuestros pacientes, sus palabras tienen el poder de orientarnos en nuestro quehacer diario de curar, tratar y prevenir enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman B, Bax J, Morrow D, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction 2018. *Eur Heart J.* 2018;40(3):237-69.
2. World Health Organization Myocardial Infarction Community Registers, 1976. Public health in europe, paper No. 5, Regional Office for Europe. Copenhagen WHO.
3. Report of the Joint International Society and Federation of Cardiology/World Health Organization task force on standardization of clinical nomenclature. Nomenclature and criteria for diagnosis of ischemic heart disease, circulation. 1979;59:607-09.
4. Subiría-Carrillo R. ¿A dónde va la medicina? Asociación Gráfica Educativa. Lima, 2007.
5. Linares-Casas JC. El fondo histórico de la Angina de Pecho. *Rev Méd Rosario.* 2018;84:94-99

Correspondencia:

Enrique Ruiz Mori

Dirección: Av. Alameda del Corregidor 1531 - La Molina. Lima, Perú

Teléfono: 3650483

Correo electrónico: eruizm@usmp.pe

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.

 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Frank Lizaraso Caparó

Enrique Ruiz Mori

 <https://orcid.org/0000-0002-0866-5803>

 <https://orcid.org/0000-0003-1248-5482>