

EDITORIAL

Por : DR. RAMIRO GUERRERO,

Desde la cima de la sabiduría de sus setenta y más años de edad el maestro de la medicina norteamericana Tinsley Randolph Harrison, asociado a otro profesor de la universidad de Alabama, el Dr. T. Joseph Reeves, ha publicado recientemente un libro extraordinario titulado "Principios y Problemas de la enfermedad isquémica del corazón" (1)

Quienes hemos admirado al profesor Harrison a través de su conocida obra "Principios de Medicina Interna" y conocidos otros de sus escritos, leemos con devoción su nuevo libro compendio de la mejor medicina, la antigua y la nueva, la técnica y la humana, nacida al lado de la cama del enfermo y alimentada con su amistad, tan menospreciada hoy, e iniciada siempre con un cuidadoso interrogatorio que por si solo suele hacer el diagnóstico.

A este propósito leí hace pocos días, en una publicación de la casa Geigy, que probablemente nunca está el médico tan cerca de la función mágica que tuvo inicialmente, como cuando escucha las quejas de un enfermo. Ello se debe a que, a medida que habla, el enfermo efectúa la "transferencia de su enfermedad hacia el médico como cree hacerlo, por razones misteriosas y de manera espontánea, cuando recurre al curandero. Por estas razones, es probable que el médico comprenda mejor el estado de la salud de un enfermo escuchándolo durante veinte minutos y explorándolo durante diez que haciendo lo contrario".

Se recuerda al conocer la nueva obra de Harrison fundada tanto en la clínica como en la colaboración técnica de laboratorios y aparatos y decorada con las más oportunas y brillantes citas de la literatura médica antigua, en Luis Ramond que hizo en la tercera década de este siglo la mejor enseñanza médica en sus lecciones de los sábados presentando casos en un hospital de París, y en los viejos y jóvenes maestros, tan científicos como humanistas, que han mantenido el carácter ecuménico de nuestra profesión por encima del valor limitado de la técnica que inhibe y aminora la personalidad del médico. Así han sido o son Pickering y Makensie en Inglaterra; Osler, Alvarez y Levine en Estados Unidos; Marañón, Ref Carballo y Lain Entralgo en España y Escardo y Chaves en nuestra América india, para citar algunos nombres muy conocidos. Ellos han seguido la enseñanza de Hipócrates: "Conviene asociar la Medicina a la Filosofía y la Filosofía a la Medicina porque el Médico filósofo es semejante a los dioses".

La obra está escrita en 46 capítulos y un apéndice. La simple enumeración del título de alguno de ellos da una idea exacta de su valor y despierta el interés por su lectura. "El problema del temor", "Hechos fundamentales en la histo-

ria de la enfermedad isquémica del corazón", "Análisis de los síntomas", "Arteriografía coronaria", "Isquemia miocárdica y disinergría cardíaca", "Actividad física y enfermedad isquémica del corazón", "Stress, dieta, drogas y hábitos", "Problemas relacionados con la terapéutica anticoagulante", "Tratamiento de la palpitación", "Valor, limitaciones y abusos del electrocardiograma", "Tipos y causas del dolor torácico", "Tratamiento de la angina pre-infarto", "Problemas de los desvanecimientos", "Manejo de la aprehensión", etc. El apéndice es la descripción de veintidós casos en los cuales plantea la mayoría de las situaciones que puede encontrar el médico en sus enfermos.

Para información de nuestro ocasional lector transcribo al azar algunas de sus enseñanzas con el deseo de que sirvan como estimulante para la lectura del libro. "El temor causa más sufrimiento humano que todos los otros síntomas asociados. De éstos solo el temor tiende a persistir por años y aún por décadas. Es contagioso porque generalmente pasa del paciente a su familia y aún a su médico". Con relación al temor en el médico observa que es útil cuando es consciente y limitado al interés por el bienestar del enfermo pero que es nocivo cuando provoca una alarma emotiva que altera el raciocinio, y agrega "pero más nocivo aún es el temor subconsciente por la propia reputación. Sus consecuencias frecuentes son el indicar precauciones innecesarias y restricciones excesivas hechas no para beneficio del paciente sino porque el médico se siente inseguro en su juicio y considera que si no insiste en ellas será criticado si el paciente se agrava o fallece".

El capítulo dedicado a la historia de la enfermedad coronaria es muy interesante. Rastreando en ella desde el papiro de Ebers, la Biblia y el mismo Hipócrates, luego de comentar las observaciones de Harvey, Thomas Willis y Morgagni, transcribe extractos de la clásica y conocida descripción del "angor pectoris" hecho por Heberden en 1772, "descripción clínica tan exacta que poco se le ha agregado en las siguientes centurias, admirable por la claridad y belleza del estilo". Al continuar el estudio crítico de los datos históricos cita la primera autopsia practicada por John Hunter en 1766 en la cual encontró las dos arterias coronarias principales convertidas en una "pieza de hueso". Y así sigue el análisis del acaecer histórico rememorando las largas discusiones iniciales sobre la causa de la angina de pecho en las cuales estuvieron comprometidos tan grandes maestros como Laenec, Makensie, Osler, entre otros, hasta llegar a la publicación fundamental de Keefer y Resnik, en 1928, la cual transcribe parcialmente porque la considera "la segunda en importancia" después del trabajo de Heberden. Para terminar este capítulo el Dr. Harrison recuerda la historia del infarto del miocardio, una entidad nosológica desconocida para el mé-

dico hasta los trabajos iniciales de Herrick, en 1912, y los de Levine y White hechos en 1920 y años siguientes en los hospitales de Boston.

En la sección sobre los métodos de examen y el análisis de los síntomas insiste sobre la importancia del interrogatorio que "requiere la mayor suma de tacto, pericia, experiencia y sapiencia". "Oír el corazón y los pulmones es importante pero lo es mucho más escuchar lo que el paciente dice", y dedica un largo párrafo para destacar el valor de la historia en el diagnóstico y pronóstico, ilustrando su opinión con ejemplos de su propia experiencia. "Un examen de laboratorio da información sobre determinada enfermedad del paciente pero este puede sufrir de muchos trastornos en su organismo y el conocimiento de ellos solo se logra por el interrogatorio". Con fino ingenio agrega: "Qué otro procedimiento que no sea el de una historia clínica cuidadosamente elaborada podrá decirnos que los accesos de ligera disnea de una joven esposa en quien se oye un pequeño "retumbo" presistólico son debidos no a la estrechez mitral que en ella es asintomática, sino a la intervención familiar de su suegra que no quiere aceptar un papel secundario en la vida de su adorado y único hijo?"

En el capítulo sobre la actividad que puede permitirse o negarse a los enfermos con angina de pecho o infarto del miocardio el Dr. Harrison recuerda que siempre han existido dos escuelas, la conservadora y la liberal, con puntos de vista diferentes los cuales analiza brevemente. En un cuadro resume la opinión de diez de los más connotados cardiólogos modernos en relación con la actividad en el infarto cardíaco, desde el período inicial hasta cuando se autoriza el retorno a la actividad normal. Resume así su propio parecer: "Después de infartos agudos hemos observado mucho sufrimiento emocional, durante años o décadas, causado por indicaciones mal dirigidas para hacer obligatorio un absoluto reposo en cama durante muchas semanas. Nosotros lamentamos el haber producido graves estados de ansiedad y, como los sospechamos, unos pocos casos de embolia pulmonar y de recurrencia del infarto por nuestra terapéutica mal indicada. No vemos ahora razón para hacer permanecer en cama más de tres o cuatro días a un paciente asintomático. Aconsejamos un período relativamente largo de convalecencia con un retorno gradual a la actividad física pero protegiéndolo cuando fuere posible, permanentemente, de la tensión emocional".

En el capítulo dedicado a la discusión de la influencia de los diversos factores que actúan en la producción o en el agravamiento de la enfermedad coronaria y con relación a las emociones, anota que la inquietud, la ansiedad y el temor no solamente producen episodios dolorosos sino que agravan el proceso patológico subyacente, y que aún las emociones agradables pueden tener un efecto similar. "Sin tener a mano datos estadísticos, escribe, mi impresión es la de que la frecuencia de ataques anginosos y de muertes repentinas en los partidos de futbol es tan grande

entre los partidarios del equipo ganador como en el de los derrotados". En muchos pacientes la tensión emocional es un mecanismo "desencadenante" más poderoso que el ejercicio físico.

En cuanto a la dieta después de hacer una corta y completa revisión de las diversas opiniones afirma que los dos extremos, el de que la dieta es el único factor etiológico y el de que ésta no tiene ningún valor patogénico, son igualmente erróneas pues hay factores cuya importancia no puede negarse, la hipercolesteronemia entre ellos. Las proteínas tienen escaso valor en el desarrollo de la aterosclerosis sin olvidar que la carne de los mamíferos, la fuente principal de ellas, no es inofensiva ya que con la mantequilla y otros productos lácteos es la principal fuente de grasas saturadas. El papel de los carbohidratos es discutible. Por la probada asociación de la enfermedad coronaria con la elevación de los triglicéridos en el suero sanguíneo y derivar éstos de los carbohidratos, algunos observadores los consideran tan importantes como la grasa en la génesis del ateroma. El corolario lógico de este planteamiento sería el de que ninguna clase de restricción dietética tiene valor preventivo sino la reducción global de las calorías y que éstas sean derivadas principalmente de las proteínas, alimentación imposible de hacer paladeable.

La acción vasodilatadora del alcohol recomendada anteriormente, es para el profesor Harrison de mucho menos valor que la de la nitroglicerina y su posible efecto útil debe buscarse en sus cualidades sedantes. Además, la acción nociva del alcohol es bien conocida y en los últimos años se lo considera también como un factor en la producción de cardiomiopatías. Tres onzas de whisky o su equivalente en contenido alcohólico en otras bebidas sería la cantidad que se pudiera permitir a un paciente que pida consejo aún cuando se carece de una información precisa sobre la cuestión.

Para el citado autor el fumar produce alteraciones muy diferentes en los individuos sobre su aparato cardiovascular. Para algunos es el principal agente productor de un ataque anginoso y en otros un cigarrillo provoca extrasístoles y alteraciones electrocardiográficas. Hay otros en quienes no se aprecia ningún efecto nocivo. A pesar de los efectos diferentes el Dr. Harrison aconseja a la mayoría de sus pacientes como ideal el abstenerse de fumar. Para quienes carecen de suficiente voluntad para ello y la prohibición les provoca un estado de intranquilidad que puede llegar a ser nocivo, les aconseja el cambio al cigarro o a la pipa, que al parecer provocan una absorción menor de nicotina, y como último recurso el permitir seis u ocho cigarrillos diarios reforzados con una cuarta parte de un cigarrillo colocado bajo la lengua durante 20 ó 30 minutos.

Continuando una presentación muy fugaz de este libro admirable se recomienda en él el uso de anticoagulantes en todos los casos de infarto reciente del miocardio siempre

que no existan contraindicaciones y se disponga de los servicios de un laboratorio competente. En cuanto al uso prolongado de los anticoagulantes en enfermos que han sufrido un infarto, el Dr. Harrison considera que no se justifica su uso rutinario dado los riesgos que conlleva, y lo reserva solo para quienes han sufrido múltiples y bien probados infartos. Este capítulo termina así: "Pensamos que la historia de la terapia anticoagulante, como sucede con casi todos los nuevos métodos de tratamiento, se caracterizó inicialmente por demasiado entusiasmo, y vivimos ahora el período reaccionario de un escepticismo excesivo. La conclusión final tardará en lograrse una década o quizá más tiempo."

El capítulo titulado "Tipos y causas del dolor en el pecho, lo inicia con esta sagaz observación: "Las molestias en el pecho, dolorosas o no, pueden ser debidas a causas relativamente leves o ser potencialmente graves. Desgraciadamente no hay paralelismo entre la intensidad del síntoma y la gravedad de su causa. En verdad con frecuencia hay una relación inversa entre el grado de ansiedad relacionada con el dolor y la importancia pronostica de la enfermedad que lo provoca". Enumera en seguida las diferentes clases y formas del dolor torácico: las variedades del dolor anginoso, los dolores originados en la pared del tórax y tejidos adyacentes y los originados en el abdomen pero que se manifiestan en el pecho. Concluye así: "La causa de estos dolores solo ocasionalmente puede ser descubierta por métodos de laboratorio. Tal consideración lleva a la conclusión inevitable de que el arma más útil en el estudio de los dolores del tórax es la historia clínica y en ella el proceso mismo del dolor, es decir las circunstancias que lo provocan, lo exageran o lo alivian."

Al iniciar el tema de los errores de diagnóstico que se pueden derivar de una interpretación errada de la historia recuerda que cuando son típicas las características del dolor y cuando estamos seguros de la veracidad del paciente el diagnóstico se puede hacer con certeza por la sola historia, sin tomar en cuenta los resultados obtenidos por otros medios del examen. En cambio, en el extremo opuesto, hay pacientes con historias atípicas que pueden exigir el estudio más exhaustivo antes de llegar a una conclusión acertada, y agrega: "Condenamos enérgicamente la tendencia de reemplazar la historia correcta por el arteriograma coronario sin dejar de aceptar que este es el método más preciso para reconocer la enfermedad coronaria". Termina el capítulo analizando el valor de la prueba de la nitroglicerina para el diagnóstico diferencial de los dolores anginosos.

Al analizar con gran criterio clínico las causas múltiples del dolor en el tórax anota que en sus casos, los cuales le habían sido referidos por problemas de diagnóstico, cerca de la mitad sufrían simultáneamente dolores de origen musculoesquelético y en una sexta parte coexistía el dolor anginoso y un dolor en el tórax originado en el tubo digestivo. Aún a riesgo de hacerse fatigante repite que para

el análisis de un dolor prolongado y severo del tórax vale más el estudio cuidadoso de los síntomas que el informe obtenido por una serie de procedimientos objetivos, y su concepto lo ilustra amenamente con varios ejemplos hipotéticos "El dolor -escribe- es un fenómeno biológico. Despreciarlo porque su estudio requiere un más delicado instrumento electrónico -la corteza cerebral del médico- que el necesario para registrar una onda q es no ser científico sino más bien tomar una actitud ridícula".

En el capítulo sobre el valor, las limitaciones y los abusos del electrocardiograma que "usado correctamente" sigue en valor el análisis del dolor mismo como medio de diagnóstico", escribe: "Que este valioso método sea con tanta frecuencia tan mal usado y tan mal interpretado, es una de las tragedias de la medicina moderna. Los comentarios hechos por el desaparecido Frank N. Wilson, reconocido generalmente como el fundador de la electrocardiografía moderna, quien señaló "el desgraciado, lastimoso, pobre estado del diagnóstico electrocardiográfico", están aún justificados". En seguida hace la revisión de la prueba de esfuerzo y de las causas de las malas interpretaciones que llevan a los diagnósticos falsos positivos de la enfermedad coronaria, para anotar finalmente: "Bajo ciertas circunstancias el electrocardiograma correctamente relacionado con la información obtenida por otros medios, es inapreciable para el reconocimiento de la isquemia del miocardio. Pero el diagnóstico del "angor pectoris" debe estar siempre basado en la total información disponible en la cual el electrocardiograma es solo una parte. La información derivada del análisis del dolor mismo suele ser más importante".

Sería interminable el continuar extractando los conceptos más personales, y por tanto de subido valor, del Dr. Harrison sobre diversos aspectos de este problema médico que tiene tanta importancia en esta hora de la medicina. Pero dentro del propósito que me ha guiado al presentar esta misión esquemática de su libro, el destacar el valor que su autor da a la medicina clínica, tan menospreciada hoy, podría terminar recordando otras dos de sus enseñanzas.

En la parte relativa al tratamiento de la angina preinfarto o estado anginoso, escribe estos conceptos: "El tratamiento debe ser guiado casi exclusivamente por una manifestación subjetiva, el dolor mismo, en el cual las anomalías objetivas son escasas y a menudo faltan. La evaluación del dolor, la cual implica no solamente el comprender los males del paciente sino su personalidad toda, exige algo más que mediciones: demanda un buen criterio. El clínico científico bien calificado, aún careciendo de las cualidades de un médico hábil, tratará bien todas las emergencias médicas. Pero el manejo de la angina anterior al infarto requiere las calidades de un verdadero médico en el sentido de estar imbuido de la tradición hipocrática y dotado de la combinación de conocimientos científicos, habilidad técnica, comprensión humana y dedicación sacer-

dotal". "La enfermedad isquémica del corazón y especialmente la forma como ahora se la considera, es una condición distinta de las otras en la cual el paciente vive amedrentado con la amenaza de una muerte súbita. Reducir a un mínimo sus temores, reemplazar su angustia por esperanza, "quitar de su camino las espinas si no se puede hacer que nazcan rosas", es el compromiso del médico en esta situación".

Al tratar el tema de la insuficiencia cardíaca congestiva producida por el infarto del miocardio, hace inicialmente una revisión de los hechos trascendentales en la historia de la medicina a este respecto con admirable conocimiento del tema.

El corazón senil, la presbicardia, es otra dolencia que analiza con un perfecto dominio de la fisiopatología y que termina con esta aguda nota en defensa de un viejo término médico: "Bajo algunos aspectos los términos médicos son como las personas. Ellos son concebidos (en la mente), nacidos (en una revista o en un libro), alcanzan la madurez, prestan un servicio y finalmente se marchitan. También, a menudo, son obstáculo para el progreso. El término "enfermedad arterioesclerótica del corazón" debería ser respetado. Como el de "miocarditis crónica", al cual reemplazó, sirvió a un propósito útil en su tiempo. Aún cuando pronto morirá y será sepultado, no debería ser olvidado".

El capítulo dedicado a los desvanecimientos y "ataques" concluye así: "Los "spells" que ocurren en pacientes con enfermedad isquémica del corazón están incluidos en tres categorías generales. 1. Aquellos relacionados estrechamente con la enfermedad básica incluyendo la estenosis aórtica y las alteraciones del ritmo. 2. Episodios precipitados no por la enfermedad orgánica sino por la ansiedad que el paciente tiene a causa de ella. Estos incluyen

la hiperventilación y mucho menos comunmente el síncope emotivo y la hipoglicemia reactiva. 3. Ataques causados por novedades existentes pero no relacionadas con los que aquí se citan, especialmente la hipotensión vascular y los episodios cerebrales vasculares."

"A riesgo de una reiteración aburridora repetimos que en una gran mayoría de enfermos la principal amenaza de los "spells" está en lo emotivo más que en lo estructural. El paciente inteligente con enfermedad isquémica sabe que una espada de Damocles pende en un hilo sobre su cabeza. Pero en muchas ocasiones exagera el filo de la espada y la debilidad del hilo. La comprensión por el médico de este aspecto de las reacciones del paciente es el factor más importante en el manejo de los "spells" en pacientes con enfermedad isquémica del corazón."

Termina con estas bellas palabras el último capítulo dedicado al cuidado de la aprehensión: "Desarreglos graves que amenazan la vida y serios desórdenes que amenazan la felicidad no son lo mismo. La muerte es inevitable; el que llegue antes del tiempo esperado por uno, es a lo peor, solamente una tragedia cuantitativa. Pero el sufrimiento continuo del espíritu durante décadas no es inevitable: su ocurrencia es una tragedia cualitativa. Los sedantes y tranquilizadores tienen su propio valor contra el temor pero son muy inferiores a un médico prudente. Ni el electrocardiograma, el fluoroscopio o la sonda cardíaca pueden decir al médico qué debe decir y cómo lo debe decir. La ciencia no reemplaza a un buen criterio".

- 1) T.R. HARRISON, T. J. REEVES, Principles and Problems of Ischemic Heart Disease. Chicago. Year Book Medical Publishers Incorporated. 1968.