

Discurso de recepción como Individuo de Número

Dr. José Miguel Avilán Rovira

Debo comenzar por solicitar anuencia para cumplir la primera parte de este protocolo. Se trata de describir la meritoria obra realizada por los médicos eminentes que han ocupado el Sillón XXII de la Academia Nacional de Medicina, así como también de aquellos electos que por razones ajenas a su voluntad, nunca llegaron a incorporarse.

Los primeros fueron los doctores Pablo Acosta Ortiz, Augusto Jiménez Arráiz y Pedro José Alvarez. Los electos, doctores Julio Criollo Rivas y Juan Colmenares Pacheco.

Al estudiar la trayectoria de tan relevantes profesionales de nuestra medicina, comprendemos la magnitud de la responsabilidad que estamos asumiendo al incorporarnos esta tarde a esta ilustre Academia. Sus conocimientos, que siempre trataron de actualizar, su intachable ejercicio profesional y sus excepcionales condiciones morales, nos servirán de ejemplo y guía en la difícil etapa de la vida que hoy iniciamos.

Para valorar justamente lo cumplido por estos médicos honorables, debemos tomar siempre en consideración las condiciones del medio donde les tocó desempeñarse. Así por ejemplo, del doctor Acosta Ortiz, uno de los 35 fundadores de la Academia, en 1904, ha dicho uno de sus muchos biógrafos: "Sus intervenciones quirúrgicas fueron asombro de la época, con mayor razón si se toma en cuenta la insuficiente dotación de las instalaciones y el concepto muy pobre del significado de la asepsia y la antisepsia".

Con mucho éxito practicó entre 1893 y 1911, 2 034 operaciones de cirugía mayor de todo tipo. Cuando murió en 1914, el doctor Razetti expresó: "Desapareció de nuestro mundo como desaparece el meteoro en los senos infinitos del espacio, en medio del asombro de las estrellas".

El doctor Augusto Jiménez Arráiz logró gran fama como especialista en oftalmología, llegando a realizar en el Hospital Vargas de Caracas cerca de 700 intervenciones. Uno de sus biógrafos dijo de él que "era un hombre de fondo más que de formas, más de acción que de palabras, más clínico que expositor". En sus trabajos científicos sobresalen su carácter práctico y utilidad pública. En el ejercicio de su profesión se distinguió por sus condiciones humanas y caritativas: a todos atendía con cordialidad, en todos sembró simpatía, hasta su muerte, acaecida en 1955.

El doctor Julio Criollo Rivas fue elegido Individuo de Número en 1956, no llegó a incorporarse. La muerte lo sorprendió siendo médico supervisor de los dispensarios antituberculosos de Caracas, en 1964. Fue un eminente tisiólogo, desempeñó una importante labor en la pesquisa, tratamiento y prevención de la tuberculosis, desde la fundación del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, en 1936. Demostró siempre interés en la salud pública.

El doctor Juan Colmenares Pacheco, destacado traumatólogo, elegido en 1965, desempeñó con eficacia y gran dedicación su ejercicio profesional, ocupó posiciones de mucha significación: Jefe de los Servicios de Traumatología y Ortopedia del Hospital Vargas, del Hospital Poliomiéltico, del Seguro Social y del Sanatorio Simón Bolívar, Profesor Titular de la Cátedra de Traumatología y Ortopedia de la Universidad Central de Venezuela. Miembro fundador de la Sociedad Venezolana de su

Leído en el Paraninfo del Palacio de las Academias, el 20 de noviembre de 1997.

especialidad, de la que fuera su presidente, murió en 1967.

El doctor Pedro José Álvarez, ilustre pediatra, ocupó el Sillón XXII desde su incorporación en 1969 hasta su muerte, ocurrida a finales del año pasado. Con una brillante hoja de servicios, se desempeñó con abnegación y eficiencia en los servicios de pediatría del Hospital Vargas, del Hospital “Carlos J Bello” de la Cruz Roja Venezolana, de la Casa Cuna “Concepción Palacios”, del Hospital de Niños “JM de los Ríos”, del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales y de los Centros Materno Infantiles de la Unidad Sanitaria de Caracas. Además de su labor docente en algunos liceos, el Instituto Escuela, las Escuelas de Enfermería de la Cruz Roja y del Hospital de Niños, llegó a ser Profesor de la Cátedra de Puericultura y Pediatría, de la Universidad Central de Venezuela.

Investigador profundo e incansable, fue autor de numerosas publicaciones de varios aspectos de su especialidad y de varios libros. Cultivó con éxito la literatura, obtuvo el premio “Armando Castillo Plaza” en 1969 y se hizo acreedor de varias condecoraciones, nacionales y extranjeras. Según unos de sus biógrafos, el doctor Joel Valencia Parparcén, quien compartió con él labores ejecutivas en la Cruz Roja, a la par de sus dotes de escritor de estilo, y la densidad de su pensamiento como pediatra, poseía una capacidad de servicio inagotable y un corazón sensible a las desgracias humanas.

Estos breves rasgos biográficos del doctor Pedro José Álvarez nos muestran que poseía las cualidades —que según Luis Razetti— debe tener quien ejerza la profesión médica, porque como solía decir: “el objeto exclusivo de la Medicina es hacer el bien”.

Dice el doctor Razetti, en la introducción de su libro de Moral Médica, publicado en enero de 1928, que los médicos modernos tenemos una doble personalidad que cumplir ante la sociedad: una constituida por el nivel intelectual y científico y la otra dependiente del nivel moral con que cumplimos el ejercicio profesional.

Razetti admite la variabilidad de la preparación científica, pero aseveraba que “para nuestra personalidad moral no hay grados: todos debemos ser igualmente morales, todos estamos obligados a cumplir los mismos preceptos morales para con nuestros enfermos, para con nuestros colegas y para con la sociedad”.

Quiso el doctor Álvarez plasmar estas carac-

terísticas en su meduloso discurso de recepción, que tituló “Del daño empírico al peligro iatrogénico a través de la historia” donde demuestra que no existe sino una diferencia impalpable entre los procedimientos ideados por el hombre para ayudar a sus semejantes a lo largo del tiempo: en el pasado existía, como siempre existirá, la relación entre un sanador —con el deseo sincero de curar— y la confianza de un enfermo en quien trata de curarlo.

Es esta confianza que deposita quien sufre en quien debe poseer las competencias para aliviar sus dolencias, la que establece la hermosa relación entre el paciente y su médico, confianza que no debe ser jamás traicionada.

La confianza permanece como el centro de los efectos terapéuticos de la relación médico-paciente. Sin embargo, con Katz estamos de acuerdo en que la confianza basada en la fe ciega, debe distinguirse de la confianza que el médico se ha ganado con su sincero interés en la salud de su paciente.

Reconocemos en esta relación la dualidad de la que hablaba el doctor Razetti, mucho más presente en nuestros días, cuando parece existir un desafío entre la tecnología y el humanismo. De nada valdría disponer de los conocimientos más avanzados si no se aplican con humanidad. Es lo que eleva el “oficio de curar” al “arte de curar”.

Las ciencias médicas están en continuo progreso. La farmacología y la terapéutica de hoy día están basadas en el conocimiento cada vez más completo de la fisiopatología, la inmunología y la biología molecular. El ejercicio de la profesión médica exige cada vez mayor preparación, más dominio de las bondades y peligros de los nuevos medicamentos, para evitar reacciones adversas, que puedan provocar situaciones irreversibles y hasta la muerte del paciente.

No solamente puede actuarse iatrogénicamente a nivel físico-químico. Tanto o más importante es el impacto psíquico del diagnóstico y su pronóstico, así como el curso del tratamiento. De allí la importancia de la sinceridad de la relación con el paciente, para no caer en el error de “prometer curar lo incurable y no prometer curar lo curable”.

El médico con mayor sabiduría es siempre humilde, conoce sus limitaciones, debe estar consciente de que no siempre poseerá la verdad. Como Sir William Osler escribiera hace ya medio siglo, “La medicina es una ciencia de la incertidumbre y un arte de la probabilidad”. Progresivamente,

los clínicos están comenzando a entender que la incertidumbre y la duda constituyen una parte intrínseca de la práctica médica, por lo cual hay que aprender a vivir con ellas. Es así mismo necesario que aprendan a compartirla inteligentemente con sus pacientes. Es una actitud más próxima a la verdad y por consiguiente más ética, que debería ir sustituyendo la tradicional de negar la incertidumbre y actuar como una autoridad incuestionable.

Vuelve a ponerse de manifiesto así la dualidad a la que se refería el gran sabio que fue el doctor Razetti: poseer conocimientos actualizados sobre las enfermedades y sus tratamientos, evaluando su validez y confiabilidad, conscientes de las ventajas y limitaciones de los tratamientos, atendiendo a sus efectos, que no son universales ni constantes, que varían de un paciente a otro, por lo que debemos oírlos siempre con mucho respeto, tratando de escudriñar lo más objetivamente, la propia percepción del paciente sobre el curso de sus dolencias.

Debe pues el médico oír atentamente a su paciente para conocer cómo observa su propia evolución, tal como debe oírlo cuando intenta el diagnóstico.

Ya lo decía Sócrates en forma muy hermosa: el terapeuta no debe emplear sus fármacos si el enfermo no le ha presentado previamente el alma.

Para lograr la relación terapéutica exitosa, según Riegelman, en ella no pueden faltar el apoyo, la comprensión, el respeto y la empatía. Apoyo implica que el médico trata de ayudar, lo cual debe hacerse explícito al paciente y motivándolo a desempeñar su rol en el proceso terapéutico. La comprensión significa que el paciente sienta que se le oye y que perciba que el médico está verdaderamente preocupado por sus problemas. Respeto existe cuando se reconoce al paciente como una persona, además de paciente y la importancia de sus problemas en su vida. Para que haya empatía es requisito que el médico aprenda a colocarse en el lugar del paciente y trate de ver las cosas desde su punto de vista. Que entienda su marco de referencia. La empatía se expresa con la compasión, permitiendo al paciente contar no sólo la historia, sino las consecuencias de su enfermedad y lo que significa en su vida.

Tal como acertadamente preconiza entre nosotros el doctor Otto Lima Gómez, ilustre miembro de esta docta corporación. Para decirlo con sus propias palabras: “el punto de partida de la medicina es un encuentro interpersonal, entre el paciente que expresa

de algún modo su queja y el médico, quien está o debiera estar siempre dispuesto a oírla”.

Hace notar que en la actualidad la anamnesis se ha reducido al mínimo y se le ha sustituido por las técnicas exploratorias. Hizo un llamado a esta ilustre Academia, que comparto en su totalidad, para velar por los fundamentos antropológicos de la atención médica y lograr así la praxis médica humanizada que todos anhelamos.

Ha comprobado con las historias de sus pacientes, los hallazgos de otros clínicos eminentes: el inmenso valor de escuchar al paciente y el de realizar un examen físico general integral. Concretamente, hace referencia a la necesidad de seleccionar correctamente los exámenes complementarios en “función de la encuesta clínica”.

En relación a este punto, queremos referirnos a un escrito poco conocido del doctor Razetti, que tituló “Sobre las relaciones que deben existir entre el laboratorio y la clínica” y que dictó a la Sociedad Vargas de estudiantes de medicina, en este mismo paraninfo, el 25 de diciembre de 1906. Hay que fijarse en la fecha: día de Navidad.

¿Quién lo haría hoy?

Llamaba la atención al gran sabio en esa época, la poderosa fuerza de atracción que ejercía el laboratorio sobre jóvenes estudiantes, en detrimento del hospital.

En diciembre de 1929, veintitres años después de haber dictado esta conferencia, escribía una “adición” —como la tituló— en la Gaceta Médica de Caracas, donde decía que sus opiniones eran las mismas respecto a las relaciones que existen entre el laboratorio y la clínica.

El mensaje para los estudiantes de principios de siglo y después para los lectores de la Gaceta, era que “no son los hombres de laboratorio los que hacen el diagnóstico, ni los que formulan tratamientos; somos nosotros los clínicos los que interpretando los datos que nos envían de los laboratorios, de acuerdo con el interrogatorio y el examen del paciente, establecemos un diagnóstico firme de la enfermedad”.

Para la época, sin embargo, los resultados de las pruebas diagnósticas —denominación que abarca los exámenes complementarios de laboratorio— se interpretaban como en la actualidad se hace con las pruebas conocidas como de referencia o patrones oro. Es decir, si resultaban positivas o anormales, confirmaban la enfermedad sospechada. Si

resultaban negativas o normales, descartaban la enfermedad.

Ya desde los Diálogos de Platón se sabía, que no todo lo que parece ser, es. Así como también a veces, lo que no nos parece ser, es. O como solía aconsejar Aristóteles en pensar en lo contingente, la verdad que podría ser falsa y la falsedad que podría ser verdad. Cuando las pruebas clínicas no concuerdan exactamente con los patrones oro o pruebas de referencia, se producen resultados falsos positivos y resultados falsos negativos. Y como todos sabemos estas pruebas, por ser menos invasivas, más fáciles de realizar y menos costosas, son las preferidas para iniciar el proceso del diagnóstico.

En la actualidad, enseñamos a los estudiantes del pregrado de medicina y a los residentes de los posgrados del Hospital Universitario de Caracas, la interpretación de las pruebas diagnósticas o clínicas, a la luz de los avances tecnológicos y la teoría bayesiana, cuya influencia se ha hecho sentir en las últimas dos décadas.

Consideramos que este aspecto complementa el intento por lograr una praxis médica no sólo más científica, sino lo que es aún más importante, más humana y por ello en mayor concordancia con los principios éticos, como pasamos a explicar.

No pretendemos en esta disertación, distraerlos con la descripción de la ya conocida base teórica de la interpretación de las pruebas diagnósticas. Sólo haremos referencia al aspecto con mayor relevancia en el mejoramiento de la praxis médica.

Como es conocido de todos ustedes, el argumento de Thomas Bayes de las probabilidades a priori, ha sido motivo de controversia desde su origen. Sus ideas expuestas en su célebre trabajo “Propuesta a la solución de un problema de la doctrina de las probabilidades”, presentando en la Sociedad Real de Londres, después de su muerte, en 1763, por su amigo y discípulo Richard Price, recibieron el apoyo del gran Laplace, por lo que se mantuvieron como irrefutables, hasta que George Boole, las cuestionó en su trabajo “Una investigación de las leyes del pensamiento”, en 1854.

¿En qué forma el enfoque bayesiano difiere del clásico? Tal vez la mayor diferencia es que en el sistema bayesiano se incorpora formalmente una opinión previa en el proceso de la investigación. Esto contrasta con el pensamiento clásico, según el cual el investigador puede tener una opinión a priori

sobre el resultado que está tratando de obtener, pero no lo incorpora al sistema de razonamiento que utiliza en su investigación. Básico en este sistema, es el concepto de probabilidad condicional, del que ya hemos hablado con anterioridad en esta Academia.

Esta corriente se basa igualmente en la interpretación personal de la probabilidad, que tiene por supuesto, sus detractores. Entre sus grandes defensores figura Leonard J Savage, el autor de una de las estadísticas más respetadas en nuestro tiempo. Para Savage, una probabilidad no es más que un grado de creencia personal.

De allí que una probabilidad a priori es la creencia personal en la ocurrencia de un evento, antes de que las nuevas observaciones se produzcan. Una probabilidad a posteriori, es ese mismo grado de creencia personal, pero modificado a consecuencia de las observaciones posteriormente realizadas.

Como decíamos, desde sus orígenes el tema ha sido objeto de un enconado debate, que ha dividido los estadísticos en dos escuelas filosóficas. Para algunos pensadores el debate es irónico, porque los estadísticos que rehusan asumir estos supuestos bayesianos de forma explícita, a menudo actúan como si los hubieran aceptado en forma implícita.

En el resurgimiento de las ideas bayesianas han influido investigadores del Reino Unido, tales como David Spiegelhalter, de la Unidad de Bioestadística de Cambridge, Adrian Smith del Colegio Imperial de Londres, Deborah Ashby de la Universidad de Liverpool y Peter Urbach, de la Escuela de Economía de Londres, lo que le añade una perspectiva filosófica.

Los principios para la interpretación de las pruebas diagnósticas han sido difundidos profusamente en reconocidas revistas americanas, tales como el *New England Journal of Medicine*, *Annals of Internal Medicine* y el *Journal of the American Medical Association*, así como en libros de respetados investigadores como Alvan R Feinstein (Yale), Robert J Panzer, Edgard R Black y Paul F Griner (Rochester) y Richard K Riegelman (Washington).

Es así como los conceptos de las propiedades o características de las pruebas diagnósticas, tales como la sensibilidad y la especificidad —que comienzan a sustituirse por conceptos más operativos, como las razones de verosimilitud— son del dominio de nuestros estudiantes del pregrado de medicina, residentes de posgrado y profesores de clínica, en los principales hospitales universitarios del país.

Sin embargo, nuestra experiencia de casi quince años en el posgrado de medicina interna, del Hospital Universitario de Caracas, me permite resumir la aplicación de estos conocimientos en la práctica médica, como exponemos a continuación.

El proceso del diagnóstico requiere dos pasos esenciales. El primero es el establecimiento de los diagnósticos hipotéticos o posibles, seguido por el intento de reducir su número, descartando en forma progresiva enfermedades específicas. Este proceso requiere de pruebas diagnósticas muy sensibles, de alta sensibilidad, como suele decirse. El próximo paso es la búsqueda del diagnóstico con la mayor sospecha clínica. Este proceso requiere una prueba muy específica, de alta especificidad, como suele decirse. Esta prueba, cuando resulta anormal, debe esencialmente confirmar la presencia de la enfermedad.

Hasta aquí, se trata prácticamente de repetir casi textualmente, las palabras de un muy conocido trabajo de Griner.

No obstante, una de las advertencias de este mismo trabajo y a la que casi nadie parece prestarle atención, es que “una prueba diagnóstica no puede interpretarse apropiadamente, sin considerar la estimación previa de la verosimilitud —o de la probabilidad— de la enfermedad, antes de que el resultado de la prueba o procedimiento se haya obtenido”.

Entendiendo el diagnóstico como un proceso de investigación, planteando hipótesis que se aceptan o refutan, de acuerdo a los datos recogidos, es indispensable incorporar la probabilidad previa, paso sin el cual resulta imposible interpretar —y utilizar racionalmente, en consecuencia— los resultados de las pruebas diagnósticas ordenadas.

Aquí está el concepto bayesiano al que hacíamos referencia anteriormente. Sin la probabilidad a priori, es decir, la estimada antes de conocer el resultado de la prueba diagnóstica ordenada, no podemos estimar la probabilidad a posteriori, es decir, la probabilidad de que nuestro paciente padezca la enfermedad sospechada, si el resultado es positivo, o que por el contrario no padezca la enfermedad, si el resultado ha sido negativo.

¿Cómo estimar las probabilidades a priori? Muchos se sienten derrotados porque no quieren intentar un proceso de estimación, para el cual no existen sino normas muy generales —o aun si éstas fueran precisas— conduciría a una cuantificación

personal, subjetiva, un dato clasificado de “blando”, como despectivamente se le califica en la jerga profesional, para distinguirlo del dato “duro”, válido y confiable.

Sin embargo, es necesario tener presente, que sin esta información clínica previa, no se puede interpretar exactamente el resultado de una prueba diagnóstica, a menos que ésta sea perfecta, es decir, ciento por ciento sensible, ciento por ciento específica, las cuales son muy raras.

Uno de los requisitos indispensables para poder obtener esta información clínica previa, es mediante la aproximación al paciente, o como diría Otto Lima Gómez, “deteniéndonos junto al paciente”, con la sincera intención de ayudarlo, para cumplir literal y esencialmente con la función primordial del médico: asistir, ayudar, de “*adsistere*”, detenerse junto a otro.

Es con el interrogatorio, con el examen físico, pero entendidos como la recolección de un conjunto de pruebas diagnósticas y no como mera rutina, con el conocimiento no sólo de la enfermedad actual, sino de su historia, su posible origen, que podremos aprender a estimar esa verosimilitud, esa probabilidad previa, de que el paciente padezca la enfermedad que sospechamos. Esta probabilidad, a priori, antes de la prueba, será subjetiva, es verdad, porque es elaborada por el médico, pero será tanto más válida, cuanto más se fundamente en los datos objetivos, “duros”, que se logren con el interrogatorio y el examen clínico.

Así, para desarrollar la probabilidad de la enfermedad antes de ordenar la prueba, necesitamos combinar lo que sepamos de la prevalencia de la enfermedad, los factores de riesgo del paciente para padecer la enfermedad y el grado en que el patrón de los síntomas y signos del paciente concuerdan con el patrón de la enfermedad.

Este mensaje sólo pretende llamar la atención sobre la importancia imprescindible de la estimación a priori, para aproximarnos más al diagnóstico y estar más seguros del tratamiento que se debe aplicar, para ayudar más racionalmente al paciente.

Estamos conscientes del largo trecho por recorrer para que este paso pueda cumplirse en la práctica, que es mucha la investigación que se necesita en esta área, pero no se puede negar su importancia en el logro de una praxis médica más científica, más humana y más cónsona con los códigos de la moral.