

CLINICA DE URGENCIA

POR EL DR. GONZALO CASTAÑEDA

EL concepto de cirugía de urgencia y de medicina de urgencia implica necesariamente la idea de una *Clínica de urgencia*; hay que formularle en consecuencia una doctrina que la constituya. Aquella se impone cuando hay precisión de hacer un diagnóstico, y esa urgencia y esa precisión existen en el sufrimiento atroz, en el peligro inminente o en la gravedad máxima de un enfermo. Esas situaciones amenazantes se miran en casos innúmeros: en los grandes traumatismos, en las infecciones superagudas, en la insuficiencia o desequilibrio de las funciones básicas de la vida, en las complicaciones graves de las dolencias crónicas, en todo lo que es inesperado y repentino, etc. En esos casos de apuración y apremio la Biblioteca y el Gabinete quedan lejos de la escena, tampoco hay tiempo para reforzarse con el ageno saber, el problema cae entonces en el dominio de la propia inteligencia y de los propios recursos. Hay que pensar pues, cómo en semejantes situaciones deberá la Clínica llegar pronto y bien a un término y cómo habrá de trazarse el camino más corto; a esto tenderá la doctrina sistemática que inspire la teoría de una *Clínica de urgencia*.

El diagnóstico rápido es obra de la síntesis fulgurante, de la intuición, del chispazo genial, de la experiencia consumada, o fruto de facultades superiores, pero en la vida ordinaria de acción no hay que atenerse a esas dotes excepcionales, hay que esperar el éxito, mejor, en la formación y cultivo de una buena *Escuela* clínica.

En la clínica general el examen de un enfermo debe ser completo, en la clínica especial debe ser profundo, en la clínica de urgencia el estudio no es de extensión, ni de profundidad, sino oportuno y de calidad; en todos los casos y siempre razonado y científico. En la Clínica, como en la Milicia, hay estrategia y táctica, la clínica de urgencia *es de estrategia*. En los procesos patológicos hay un ataque al organismo el cual reacciona defendiéndose; y la clínica urgente lleva como pensamiento y objeto preferente, distinguir en el complejo fenomenal de la lucha, dónde el ataque básico y

de fondo del enemigo, y dónde está el *punto peligroso*. Siendo su función estratégica, selectiva y de acción pronta, no puede exigírsele análisis fino y sutil, tampoco síntesis suprema y rotunda, bastará para cumplir que descubra y entienda la génesis troncal de un acontecimiento grave, y que inspire al terapeuta la indicación más próxima y decisiva. La Clínica de urgencia no presume de alta, sí de útil; y con este aspecto su obra es hermosa y fecunda. En verdad, saber pronto si una escena aparatosa es realmente grave, fijar donde reside la gravedad actual o del momento; distinguir en un cuadro, cuál es el fenómeno o circunstancia primordial *causa causarum*, y precisar en fin la indicación inmediata y preferente, es cosa en clínica, médicamente fructífera, artísticamente elegante.

Ahora bien, la noción de urgencia en clínica es de *relatividad*, en tiempo es de minutos, de horas. Una asfixia laríngea, la agonía intrauterina, un paludismo pernicioso, la apendicitis superinfecciosa, etc., exigen un diagnóstico pronto, pero dentro de la urgencia la medida del tiempo es extensible. Mirando ya en detalle y en concreto el punto, la urgencia estriba y se dirige al *síntoma*, cuando es agudo o de grave significación, v. g. dolor angustioso, hemorragia abundante, hipertermia alta; la urgencia puede ser preferentemente *anatómica*, por ejemplo, la estenosis en una retención de orina, si hay ruptura de víscera en una gran contusión, o si una herida es penetrante. El apremio en el conocimiento consistir puede en la justa identificación de un *síndrome*, v. g. la oclusión intestinal, la angina de pecho, la ruptura de un embarazo ectópico, etc. A veces la urgencia apunta a la causa, mejor que a la consecuencia, es la urgencia *etiológica*, v. g. la amibiasis en las enterorragias, la difteria en las faringitis exudativas, la diabetes acetónémica en un coma, etc.; el apuro diagnóstico puede ser *patogénico*, por ejemplo, en cierta anuria, en el piloro-espasmo, en un acceso de asma anafiláctico, etc.; la inquietud diagnóstica es *topográfica* y de urgencia por ejemplo zona de compresión vertebral en una paraplejia postraumática, localización exacta de un foco de pus, etc. La urgencia diagnóstica y por ende clínica radicar puede igualmente en lo *nosológico*, aquí ello mira por añadidura a la profilaxis, v. g. tos ferina, viruela, tifoidea, etc. La urgencia clínica trasciende naturalmente al *pronóstico*, apremia decidir, ante una situación patológica solemne si hay gravedad real o aparente, o si existe un peligro, no obstante la calma. Puede un clínico pronosticar y bien, aun sin diagnóstico cierto, el vientre agudo es un ejemplo; aquí procede por síntesis, mejor que por análisis. Como bien se advierte por lo expuesto, la urgencia clínica, equivalente a urgencia terapéutica, se impone y manifiesta ya en uno, ya en otro de los *sub-diagnósticos* integrantes del diagnóstico completo, puede la urgencia comprender a varios de ellos, pues las causas y las consecuencias patológicas se ligan y con-

catenan, pero siempre hay o puede haber en un complejo sintomático algo, que por su importancia o significación se destaque y pida atención preferente.

Insisto, la *Clinica de urgencia* aun dentro de la especialización misma, no es el estudio erudito y documentado de un caso, no pide precisamente profundidad académica, su objeto primordial, esencial, es obrar y no lucubrar; prefiere lo práctico a lo teórico, lo probado a lo incierto, lo útil a lo superfluo; se apoya mejor en la verdad cuajada, que en la verdad en formación, utiliza los hechos aunque ignore sus fundamentos, su *desideratum*, su objeto, su fin es la acción, científica o empírica, pero pronta.

Calificado clínicamente de caso grave, de urgente resolución un estado patológico, serio, prosigue calificar, distinguir, en cual elemento integrante, en cual de los sub-diagnósticos radica la gravedad, o sea lo de pronta solución. Limpiar la situación de lo secundario deteniéndose en lo capital del momento, aplazar lo complementario, conocer el punto de *mayor peligro* en una situación presente, es hacer *Clinica de urgencia*.

Cuando hay alta gravedad, peligro, angustia, ya lo dije, urge estudiar aprisa al enfermo para aplicarle medicación pronta; aquí no ha lugar a investigaciones prolijas. Es lógico, científico y racional preocuparse por la causa *primordial* de las cosas, pero en clínica esta tarea es suprema y no siempre alcanzable; ante la urgencia, el clínico se conformará con poseer el fenómeno *antecedente* que explique el *consiguiente*; frente a una crisis de *angor pectoris* con ausencia de síntomas cardio-aórticos, si por la presencia previa de cuadro vesicular se califica de refleja y de esa causa, habrá de conformarse con ese conocimiento, aunque pendiente quede de qué síndrome vesicular se trata; si se descubre que una taquipnea proviene de un gran derrame pleural, se procederá luego en consecuencia, aunque por lo pronto se ignore su naturaleza y génesis. Todavía se va más lejos, si toda causa queda escondida, se prescinde de ella y se actúa en la resultante; así, no se espera conocer la etiología de una metrorragia profusa y abundante para taponar, se obra sin tardanza sea ella ovárica, inflamatoria, por aborto, por neoplasma; un enfermo con vómitos y diarrea que persisten, como esto lo deshidrata y desclorura, la urgencia de la transfusión de suero salado deriva del síntoma mismo, mejor que de la causa y origen. Estos ejemplos y otros innúmeros demuestran que en los casos difíciles y graves, el tino clínico consiste en la comprensión rápida del síntoma que lleva el peligro, del síntoma más atacable, aunque por lo pronto se ignore de donde viene.

La gravedad puede derivar de una perturbación funcional, o consistir en una alteración organica; en otros términos, radicar en síntomas fisiopatológicos o anatomo-patológicos. En clínica, en general se exterioriza y

aprecia mejor el desequilibrio dinámico que el orgánico; en un neumónico la dispensa es ostensible y se impone, la hepatización hay que buscarla; una parálisis o contractura es visible, las alteraciones nerviosas causales quedan más lejos del conocimiento. Así, por ser regularmente de más fácil y pronta adquisición el fenómeno funcional, su importancia en clínica de urgencia es mayor, no solo hay otra razón muy fuerte para darle preferencia y es, que la perturbación dinámica es más dominable y susceptible de ser modificada prontamente a diferencia del síntoma orgánico o lesión cuyos cambios son por naturaleza más lentos, su retroevolución requiere tiempo; a mayor abundamiento, hay degeneraciones anatómicas invariables, inmodificables. En la hipotensión la urgencia es *fisiológica*, en un estrangulamiento es *anatómica*; la urgencia clínica la inspira y la define la *ingencia* terapéutica.

El apremio, la apuración por el diagnóstico radica a veces, no en la unidad sintomática, sino en la pluralidad, es decir en el *síndromo*. Se llama síndrome, así lo entiendo, a un haz de síntomas que forman entidad clínica; es un conjunto de fenómenos, que aunque de origen distinto se agrupan con cierta uniformidad y constancia; el cuadro que forman una cefalea, vómitos y vértigo, más éxtasis papilar y alta tensión del líquido céfalo-raquídeo, etc., tiene una fisonomía clínica particular, sus integrantes se agrupan no al acaso, sino en virtud de cierta ley que deriva de una alta presión intracraneana; ese cuadro así figurado constituye un síndrome, el síndrome de la hipertensión cerebral, el cual no prejuzga la etiología que puede ser vária: tumor, absceso, cuerpo extraño, meningitis quística, hematoma, etc. Este ejemplo funda el concepto y explica la definición y como bien se advierte el síndrome incluye signos físicos, síntomas funcionales y subjetivos.

Ahora bien, el *diagnóstico sindrómico* es de los más útiles y fecundos en la Clínica de urgencia por fácil y comprensivo. Un enfermo que tose, está ronco y disfónico, que se asfixia y respira con tiro, etc. ofrece el síndrome de la estenosis laríngea, su identificación es lo urgente, queda aplazado por lo pronto saber, si es por sífilis, cáncer o tumor, por flegmasia, tuberculosis, etc. En un estudio completo el conocimiento de la causa es primordial, pero en exámenes de urgencia, en posesión ya del síndrome, aquella es secundaria. Los ejemplos forman una serie interminable.

En clínica en general el diagnóstico mas buscado y trascendente para la modificación es el etiológico o causal, en virtud del *sublata causa tollitur effectus*; pero las causas troncales se desconocen, se pierden o se esconden, es prolija su búsqueda, cuando el plazo es perentorio, el clínico se conforma con alcanzar y poseer no la causa lejana sino la próxima, la inmediata, la que figura como circunstancia o fenómeno *antecedente* que

explique el *consiguiente*. En los casos urgentes, las primicias clínicas son para las causas mas fácilmente cognoscibles y mas prontamente dominables; v. g., en la llamada infiltración de orina, la gravedad deriva de una infección difusa y cerrada, la causa de ella, prisión de los gérmenes, se suprime dándoles libertad con la desbridación, después se resolverán los otros problemas conducentes; una hipoadinamia cardíaca se alivia dando reposo al miocardio prolongando su diástole, después se tratará la sífilis por ejemplo; un gran absceso de hígado amenazante de invadir el tórax, se tratará quirúrgicamente primero, médicamente después, etc., etc., las razones de esta conducta son obvias. La estrategia en la clínica etiológica consiste en fijar la causa mas próxima de una gravedad y dirigirse a ella, aplazando con juicio las investigaciones ulteriores. Comprender en una situación apurada *lo que mas interesa* conocer, *lo que mas urge* tratar, es el espíritu y la esencia en la clínica urgente.

En la clínica rápida, cuando el conocimiento de la causa de una perturbación grave es estéril, porque terapéuticamente hablando no es dable suprimirla o modificarla pronta y finalmente, entonces supera el diagnóstico *patogénico* o sea el mecanismo por el cual la causa engendra el efecto; este conocimiento es de orden fisiopatológico. Un enfermo con úlcera gástrica que vomita sin tregua y lo aniquila el dolor, como no es cosa simple e inócua suprimir la lesión, mientras, por lo pronto hay que dirigirse a la *patogénesis*, es decir al espasmo, a la hipersecreción, otro paciente vagotónico, quien a causa de un cólico biliar le viene lipotimia con bradicardia y aun síncope, pide se le atienda luego su desequilibrio nervioso órgano-vegetativo y no a la litiasis, porque ello no es de pronto y obvio alcance. La clínica patogénica es de alto dominio, eminentemente científica, para entenderla hay que ser fisiólogo, patólogo y no empírico. En clínica es cosa hermosa y superior llegar a la posesión de ambos diagnósticos, el etiológico y el patogénico; pues hermoso es v. g., que en un enfermo dado con dolor agudo e insólito en el hombro izquierdo se concluya que es por una esplenomegalia palúdica que irrita el frénico.

El diagnóstico *nosológico* será el primero en *Clínica urgente*, cuando la enfermedad tenga tratamientos *específico*; en el caso, los demás diagnósticos son complementarios. En un ataque identificado como jacksoniano, lo que urge diagnosticar es sífilis, en *segundo plano* queda el conocimiento anatómico, el topográfico, porque la medicación fundamental es idéntica sea que las lesiones alteren el hueso, las meninges, los vasos, e en una enterorrágia cólica, si acude la idea amibiana, es apremiante buscar el microparásito, en una angina membranosa, la difteria y por igual, si coma es clínicamente sospechoso de paludismo maligno; en este capítulo entra el Laboratorio de urgencia. Es tan inesperante el conocimiento

sológico en ciertos estados morbosos, que es precepto de clínica terapéutica obrar dentro de un supuesto, mientras llega la certidumbre. Repito, la Clínica de urgencia lleva de modo inseparable la idea de terapéutica urgente, en consecuencia, ante una situación alarmante y grave el clínico se preocupará de distinguir y comprender no solo dónde está el peligro y en qué consiste ese peligro, sino también, cual de los enemigos es *el mas pronto*, o *mas seguramente* dominable. En los momentos apurados no hay que empeñarse o distraerse en buscar y perseguir enemigos, que aun descubiertos no hay con que atacarlos; es de clínica científica investigar todo lo investigable, pero ello reza con menos rigor en la clínica urgente.

El diagnóstico nosográfico es también urgente cuando se mira a la profilaxis. Las enfermedades consabidas de la infancia, las del adulto transmisibles piden ese diagnóstico oportuno, temprano; gracia que solo alcanzan los especialistas y los clínicos consumados.

Cuando en clínica los síntomas convergen en un órgano, o concurren en una región se dice que hay *foco* también, cuando aunque dispersos y regados en el cuerpo se descubre que parten de un centro. Una hemorragia en la cápsula interna, una neumonía lobar, una tiflitis, son tipos de foco médico; cuando el foco se califica de quirúrgico hay que resolver además si es atacable; v. g. una imaginación que se localiza en la región ilio-cecal, una supuración sub-hepática que se encierra en la vesícula, esa adquisición que proporciona el conocimiento de un foco quirúrgico atacable, lo ofrece *el diagnóstico topográfico*. Este sub-diagnóstico en cirugía es indispensable para saber cómo se atacará y por donde se atacará. Ciertamente, en un cuadro caliente de infección supurativa pelviana, nada se hará correctamente si se desconoce donde se acomoda el pus, no es indiferente a la técnica que la colección ande por el ligamento ancho, por el cardinal, por el Retzius, en la trompa, en el Douglas, etc. En clínica médica general, mas en clínica de urgencia, hay que fijar foco, para dirigirse al tronco y no a las ramas; en clínica quirúrgica es ello imperativo. Aunque hay cirugía *fisiológica*, esta está atrasada, al presente su *desideratum* es anatómico y su clínica en ello se resume y condensa; sea en el cerebro, en el tórax, sea en los huesos o en el hígado, en todas partes va tras de un foco; ya en el oído, en el riñón o en las reconditeces del tejido celular.

La *Clínica de urgencia* abarca como es natural al pronóstico. Junto a un enfermo que se siente grave, ante una familia que mira o juzga a su pariente en peligro o en situación aparatosa, hay que aclarar y definir si esa escena dramática lo es en realidad, o es una máscara, si el juicio es exagerado, aparentemente serio o realmente grave, hay que calificar y ponderar si lo subjetivo está acorde con lo objetivo, etc., tarea superior, problema alto. Por supuesto que el pronóstico deriva del diagnóstico; pero cuando

éste es desconocido en su plenitud, algunos elementos aislados y particulares ayudarán a formularlo de grave, de muy grave, de mortal. Son de esa categoría el pulso en depresión, el pulso pequeño, el pulso muy frecuente e hipotónico, la taquipnea, la asfixia, la inconsciencia, la excitación con delirio, la extrema palidez, la hipotermia, el vientre duro, el intestino ocluido, la anuria, la oliguria, la facies misma, etc.; cuando alguno o varios de estos síntomas están presentes el pronóstico es muy grave. En clínica clásica, el pronóstico del *yo* lo crea el intelecto y se forma en la conciencia médica con la operación mental de la *síntesis*, la cual suma *biológicamente* los síntomas y califica el estado patológico del enfermo, el conjunto fenomenal crea en el espíritu una idea, la idea del estado general del individuo. Huelga decir que en la Clínica urgente lo que importa calificar es el *estado actual*, el pronóstico próximo y no el lejano, el del organismo y no el del órgano.

Para concluir. En los padecimientos crónicos cuya lenta evolución es compatible con la supervivencia, aún en los subagudos que marchan en galope y no en carrera, el clínico tiene amplitud y libertad para emprender prolijas y sutiles investigaciones, análisis y pruebas, cuenta con el tiempo para la consulta y tranquila reflexión, le es dable acumular materia prima; pero en los casos apremiantes por lo graves sucede lo contrario, tiene que abreviar el estudio, hay que apresurarse para llegar a un término y obrar en consecuencia; aquí se ve impelido a caminar aprisa haciendo trabajo de calidad mejor que de cantidad, a hacer en fin clínica de urgencia.

Ya dije qué es, en qué consiste y qué se entiende por ella; ahora viene otro capítulo, el *cómo se hace*. Este cómo ya no es muy enseñable; es verdad que el maestro y el libro preparan y orientan, es cierto que las aulas y la Escuela de la vida pulen y vigorizan el espíritu, pero lo fundamental son las facultades y la inspiración personal. Probablemente el clínico *nace* y *no se hace*; pero precisamente por ser la Clínica labor de altura, hay que formularle una doctrina preparatoria que lleve luz a la obscuridad. En lo que he sentado en este escrito, no dudo que haya errores de concepto, equívocos en la ejemplificación, pero no importa, ya serán corregidos; lo esencial es que subsista el pensamiento, que quede en pie esta idea: la *Clínica de urgencia existe*.

México, D. F., diciembre de 1930.

GONZALO CASTAÑEDA.

