

Cartas al Director

En el Vol. 62, N° 3/1994, los Dres. Rossi, Storino, Milei y Matturri, publican el artículo "Depleción neuronal en la enfermedad de Chagas: todo debería reverse". Antes de analizarlo repasaré algunos términos que quizás los autores confunden: neurona: célula del tejido nervioso que, como cualquier otra célula, una vez muerta no puede regenerarse. Despoblación, depleción neuronal o desneuronzación: disminución parcial o total del número de células nerviosas. Nervio: prolongación del cuerpo neuronal por medio del cual la neurona ejerce su acción a distancia. Denervación: destrucción o disfunción parcial o total de los nervios o fibras nerviosas por factores patológicos, químicos, traumáticos o quirúrgicos. Reinervación: fenómeno fisiológico por el cual el nervio dañado recupera su función. También puede ser coadyuvado por medios quirúrgicos o farmacológicos como por la acción del factor de crecimiento neural (NGF) o por los gangliósidos.

Seguidamente analizo el trabajo de los autores arriba mencionados. El subtítulo "Neuritis chagásica", a pesar de que no cita ninguno de los numerosos artículos que publicáramos sobre el tema (1-10), coincide bastante con lo ya publicado por nosotros sobre patogenia de la enfermedad de Chagas (1). En el subtítulo "Implicancias clínicas" citan un artículo publicado por el suscripto en el American Heart Journal, donde con toda razón dicen: "Un trabajo reciente ha enfatizado que el tratamiento de los chagásicos crónicos con disautonomía mejora sustancialmente las pruebas anormales relacionadas con el sistema nervioso autónomo (37)". Pero no se conformaron con eso, que científicamente era correcto y coincide con lo escrito por nuestro grupo, sino que agregaron: "Recientemente Dávila y colaboradores afirman que las anomalías cardíacas parasimpáticas estarían precedidas por el daño miocárdico y la dilatación ventricular (39, 40)", desconociendo el trabajo más reciente que publicáramos sobre "Variabilidad anormal de la frecuencia cardíaca en la enfermedad de Chagas crónica", en el que demostramos que Dávila y colaboradores estaban equivocados (2). Como broche final escriben: "...ya que nada puede hacer renacer un cuerpo neuronal. Esto no está de acuerdo con el trabajo de Iosa y colaboradores, en el que se atribuye al tratamiento con gangliósidos la ca-

pacidad de inducir la regeneración de neuronas en una treintena de días (37)". La cita, tergiversada en su totalidad, es de un trabajo que publicáramos con mis colaboradores en el American Heart Journal, (6) intitulado: "Efectos del tratamiento con gangliósidos en pacientes disautónomos crónicos". Un estudio randomizado, a doble ciego, paralelo, controlado por placebo, realizado bajo las regulaciones de la Food and Drug Administration de los Estados Unidos, donde digo textualmente (pág. 782): "probablemente ejerció un efecto reinervante en el músculo liso arterial y miocárdico"; "puede haber restaurado la densidad de los neurotransmisores o liberado receptores ocupados por fenómenos autoinmunes", "puede haber estabilizado el control autónomo del corazón, vía los nervios cervicales a través de su potencial capacidad de reinervar (43, Gorio et al: Motor nerve sprouting induced by ganglioside treatment, Brain Res, 1980; 44, Gorio: Muscle reinnervation, Neuroscience, 1983; 45, Norido F: Acceleration of nerve regeneration by gangliosides... Experientia, 1981)". Como puede confirmarse, Iosa y colaboradores jamás dijeron, escribieron o publicaron que "los gangliósidos tienen la capacidad de inducir la regeneración de neuronas en una treintena de días" ... ¡ni en una treintena de siglos! Además, el descubrimiento de la capacidad de reinervación no me pertenece, por lo que sólo pude especular en base a los hallazgos de Gorio y colaboradores o Norido y colaboradores (ver arriba).

No me es fácil entender el significado de semejante alteración de un dato verificable, ya que es lógico pensar que los editores del American Heart Journal no me hubieran permitido jamás publicar tamaño dislate científico.

Tampoco logro entender cuando en el resumen en inglés, que no coincide con el realizado en español, dicen: "Conclusions: The dysautonomic symptoms manifested by a minority of chagasic cardiac patients...", que traducido significa: "Conclusiones: Los síntomas disautónomos manifestados por una minoría de los pacientes cardíacos chagásicos...".

Desconozco si los autores han realizado estudios sobre prevalencia de disautonomía en pacientes chagásicos crónicos, pero he realizado un trabajo internacional, cooperativo, con los Prof. Juan José Puigbó y Hugo Giordano, en

pacientes chagásicos venezolanos y argentinos, donde se demostró que la prevalencia de disautonomía en ambos países superaba el 50% de la población estudiada, cifra que significa mayoría, y nunca minoría. (8)

Espero que los mencionados autores puedan dar explicación a las dudas y dificultades de entendimiento que el artículo por ellos publicado me ha causado.

Dr. Daniel Iosa

BIBLIOGRAFIA

1. Iosa D, DeQuattro V, De-Ping Lee D, Elkayam U, Caeiro T, Palmero H. Pathogenesis of cardiac neuromyopathy in Chagas' disease and the role of the autonomic nervous system. *JANS* 1990; 30: S83-88.
2. Guzzetti S, Iosa D, Pecis M, Bonura L, Prosdocini M, Malliani A. Impaired heart rate variability in the patients with chronic Chagas' disease. *Amer Heart J* 1991; 121: 1727-1734.
3. Palmero H, Caeiro T, Iosa D. Effect of Chagas' disease on arterial blood pressure. *Am Heart J* 1979; 97: 38-42.
4. Iosa D, De Quattro V, De-Ping Lee D, Elkayam U, Palmero H. Plasma norepinephrine in Chagas' cardioneuromyopathy. a marker of progressive dysautonomie. *Am Heart J* 1989; 117: 882-887.
5. Junqueira L Jr, Tafuri W, Gallo J, Marin Neto JA, Iosa D. Cardiopatia e sistema nervoso autonomo em doença de Chagas. *Rev Scos Brasil Med Trop* 1994; 27 (1): 53.
6. Iosa D, Massari D, Dorsey F. Chagas' cardioneuropathy: effect of ganglioside treatment in chronic dysautonomic patients. A randomized, double-blind, parallel, placebo-controlled study. *Am Heart J* 1991; 122: 779-785.
7. Prosdocimi M, Iosa D. Cardiovascular autonomic nervous system dysfunction of chagasic etiology: proposal for a new approach to treatment. *Int J Angiology* 1994; 2: 173-178.
8. Iosa D, Puigbó J, Giordano H. Gangliosides effect on international, double-blind, randomized, placebo-control trial. 34th Annual College of Angiology, Budapest.
9. Palmero H, Caeiro T, Iosa D. Prevalence of slow heart rates in chronic Chagas' disease. *Am J Trop Med Hyg* 1979; 30: 1179.
10. Iosa D, Caeiro T, Palmero H. Abnormal hyperventilation test in chronic Chagas' disease. *J Autonom Nerv Syst* 1980; 2: 87.

En respuesta a la Carta al Director enviada por el Dr. Iosa debemos manifestar que:

1. Dice Iosa: "repararé algunos términos que quizás los autores confunden: neurona: célula del tejido nervioso que, como cualquier otra célula, una vez muerta no puede regenerarse...".

No confundimos algunos términos, ya que en el trabajo citado por nosotros (1) Iosa escribió textualmente en el pie de la página 778, columna de la izquierda: "*Since neuronal destruction and abnormal autonomic system responses have been reported in Chagas' cardioneuropathy,*

Iosa(63) postulated that treatment with an agent capable of inducing neuronal regeneration may benefit chagasic patients by promoting neuronal repair and facilitating normalization of autonomic nervous system function".

Más aún, la cita 63 corresponde al mismo Iosa (3) (!!!).

2. La apreciación de que "...Dávila y colaboradores estaban equivocados...", corre por cuenta de Iosa, ya que es un tema aún no definitivamente dilucidado.

3. La aseveración "...Iosa y colaboradores jamás dijeron, escribieron y publicaron que los gangliósidos tienen la capacidad de inducir la regeneración de neuronas en una treintena de días... ¡ni en una treintena de siglos!", se contradice con lo escrito en el trabajo del American Heart Journal y que reproducimos textualmente (ver más arriba). ¿A qué debemos creer, a lo expresado en la página 778, o a la definición de neurona que da en su carta al director?

4. "...Los editores no me hubieran permitido jamás tamaño dislate científico...". Para desconuelo del Dr. Iosa, lo permitieron desgraciadamente. Pues efectivamente se habla de "*neuronal regeneration*" en el trabajo de marras. (1)

5. No debe haber prestado mucha atención la FDA al trabajo de Iosa y colaboradores, (1) ya que éste dice en la página 776, columna derecha, parte superior: "*For the reasons described above, cronassial, a mixture of highly purified gangliosides derived from the bovine cerebral cortex, may prove to be an effective treatment for the cardiac manifestations of Chagas' disease*".

En efecto, desde 1986 (3) se sabe que los gangliósidos pueden causar neuropatía motora multifocal (3-7) y síndrome de Guillain-Barré, (7-10) que estarían asociados con autoanticuerpos contra gangliósidos. (6-11) Además, el método de obtención de los gangliósidos a partir de cerebros de bovinos, muchos de ellos probables portadores del prión, una proteína similar virus causante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, una forma de encefalopatía esponjosa de estos animales, pone en duda su transmisión al humano. (12, 13) Debido a estos hallazgos se ha suspendido la producción de gangliósidos en Italia y Francia. (14-15)

No sabemos qué tipo de seguimiento clínico y neurológico previó la FDA para los pacientes tratados por Iosa y colaboradores.

Dr. L. Rossi
Dr. R. Storino
Dr. J. Milei
Dr. L. Matturri

BIBLIOGRAFIA

1. Iosa D, Massari D, Dorsey F. Chagas' cardioneuropathy: effect of ganglioside treatment in chronic dysautonomic patient. A randomized, double-blind, parallel, placebo-controlled study. *Am Heart J* 1991; 122: 775-785.
2. Iosa D. Cardioneuropatía chagásica crónica. Modificación por efecto de los gangliósidos. Presented at Satellite Symposium of ISN-ASN Joint Meeting "New trends in ganglioside research: neurochemical and neurogenerative aspects". Puerto La Cruz, Venezuela, 1987: June 9-12.
3. Freddo L, Yu RK, Latov N. Gangliosides GM1 and GD1b are antigens for IgM M-protein in a patient with motor neuron disease. *Neurology* 1986; 36: 454.
4. García AG, Berciano J, Horca JF, López Pousa S, Martínez Lae JM, Matias Guiu J. Gangliosides adverse effects. Polyradiculoneuritis chemically-induced. *Brit Med J* 1993; 306: 656.
5. García Monco JC, Gómez Beldarrain M, Avani I, Estrade L. Neuropatía motora multifocal tras la administración de gangliósidos. *Med Clin Barc* 1992; 99: 345.
6. Yuki N, Sato S, Miyatake T, Sugiyama K, Katagiri T, Sasaki H. Motoneuron-disease-like disorder after ganglioside therapy. *Lancet* 1991; 337: 1109.
7. Pestronk A, Cornblath DR, Ilyas AA. A treatable multifocal motor neuropathy with antibodies to GM1 ganglioside. *Ann Neurol* 1988; 24: 73.
8. Landi G, D'Alessandro R, Dossi BC, Ricci S, Simone IL, Ciccone A. Guillain-Barré syndrome after exogenous gangliosides in Italy. *Br Med J* 1993; 307: 1483.
9. Raschetti R, Maggini M, Popoli P. Guillain-Barré syndrome and ganglioside therapy in Italy. *Lancet* 1992; 340: 60.
10. Latov N, Koski CL, Walicke PA. Guillain-Barré syndrome and parenteral gangliosides. *Lancet* 1991; 338: 757.
11. Yuki N, Yoshino H, Sato S. Acute axonal polyneuropathy associated with anti-GM1 antibodies following Campylobacter enteritis. *Neurology* 1990; 40: 1900.
12. Beltramini A. Caccia al prione. Un misterioso agente infettante provoca malattie rare e spesso mortali negli animali. E nell'uomo... *Rev Panorama (Italia)* 1992; 24-25: 178.
13. Guntheroth H, Thews KL. Gefährliche Streaks. Die englische Rinderseuche breitet sich immer mehr aus und befallt möglicherweise auch Menschen. Trotzdem wird weiter Fleisch and Gyro Britannien von Deutschland importiert. *Rev Stern (Alemania)* 1993; 27 (5): 218.
14. Editorial: Gangliosides suspended in Italy. *Rev SCRIP* 1993; 1804: 25.
15. Editorial: Vaches folles. Spécialités supprimées ou modifiées et préparations magistrales à base de tissu bovins interdites. *Rev Prescr* 1992; 121: 412.

Me dirijo a usted a fin de comentar un hecho sucedido en el Jardín Zoológico de la Ciudad de Buenos Aires hacia fines del mes de junio próximo pasado.

Varios meses antes había llegado al Zoológico de Buenos Aires una pareja joven de jirafas provenientes de otro zoológico europeo. Una de ellas fue enfermando progresivamente a nivel

de sus patas, lo que le provocó la necesidad de estar casi permanentemente echada sobre el suelo. Sabemos, por fisiología comparada, el esfuerzo que debe realizar el ventrículo izquierdo en estos animales para poder mantener la irrigación cerebral varios metros más arriba del corazón. Esta jirafa falleció finalmente el 26 de junio. Seis días más tarde su compañero, que aparentaba estar en buenas condiciones físicas, comenzó con un cuadro de inapetencia, apatía y decaimiento que se fue agravando día a día hasta provocar la muerte del animal siete días más tarde, con un episodio final de edema pulmonar agudo.

Los veterinarios del Zoológico, que están más acostumbrados a ver estos cuadros, calificaron la muerte de la segunda jirafa como muerte por estrés psicológico.

Hace 14 años publicamos en la Revista Argentina de Cardiología (1978; 46: 231) un artículo sobre "Aspectos psicológicos de la muerte súbita". Allí describíamos el caso de una pareja de llamas que había convivido durante 15 años. Un día el macho, en un episodio de excitación psicomotriz, se escapó y al no poder ser reducido fue muerto de un balazo en presencia de su pareja. Ella se acercó al muerto, apoyó su cabeza sobre él, se acostó a su lado y cuando los cuidadores se acercaron encontraron que ella también había muerto. Cuando este material clínico fue presentado personalmente en un simposio sobre el tema, provocó cierto escepticismo en varios integrantes de dicha mesa. Lo sucedido hace pocos días en el Zoológico de Buenos Aires no hace sino confirmar lo relatado hace casi 15 años.

Como Coordinador del Grupo de Estudio sobre Aspectos Psicosociales en Cardiología, que se reúne una vez al mes en nuestra Sociedad, invito a otros miembros de la misma a participar a fin de comentar casos parecidos y/o similares. Del intercambio de opiniones ha de ir surgiendo la idea de que en Cardiología no todo es enfermedad orgánica, que hay otros factores desencadenantes a través de la mente. Ojalá que poco a poco empecemos a hablar en el seno de nuestra Sociedad de situaciones como las referidas, que nos pueden ayudar a ser médicos cardiólogos más humanos.

Dr. Carlos M. Nijensohn



Algunos aspectos de la ética en Cardiología

La multiplicación de protocolos para evaluar diferentes intervenciones terapéuticas y el desarrollo de exploraciones y tratamientos invasivos cada vez más sofisticados han originado numerosos interrogantes, muchos de los cuales llevan implícitos severos cuestionamientos éticos difíciles de responder, aun por los más eminentes y competentes especialistas. Por otra parte, en el ejercicio de nuestra especialidad se plantea con frecuencia la necesidad de indicar y aplicar los avances tecnológicos más recientes que, por sus altos costos, llevan a situaciones de inequidad en las decisiones médicas frente a nuestros pacientes, generando conflictos acerca de la moralidad y rectitud de nuestros actos médicos. Otro problema de actualidad es el que ha creado la realización de los ensayos controlados randomizados en pacientes voluntarios a fin de determinar los beneficios de determinadas terapéuticas.

Por lo anterior, el ejercicio de la cardiología plantea problemas éticos en forma cotidiana tanto en la investigación clínica como en la práctica médica y con un fuerte trasfondo social.

Los protocolos de investigación clínica deben ajustarse a una serie de requisitos, explicitados en la declaración de Helsinki, cuyo cumplimiento debe ser evaluado y vigilado por un comité compuesto por médicos, juristas, psicólogos y sociólogos. Toda investigación en seres humanos debe partir del conocimiento científico profundo y acabado del problema a resolver y estar avalado por una experimentación preclínica suficiente que asegure, en la medida de lo posible, que los beneficios serán superiores a los riesgos. Estos estudios deben ser realizados bajo la dirección de profesionales experimentados y en condiciones técnicas y materiales adecuadamente adaptadas al ensayo y compatibles con el mayor rigor científico y seguridad de los pacientes. El consentimiento escrito de la persona que se presta a la investigación es un requisito ineludible y debe ser firmado por el paciente sin ejercer sobre él ningún tipo de presión. El paciente debe conocer los objetivos de la investigación, la metodología, duración, riesgos y posibles complicaciones. La información debe ser transmitida en forma clara, recurriendo a ilus-

traciones o ejemplos toda vez que sea necesario y en un lenguaje acorde con el nivel cultural del paciente. El paciente debe poder optar por el rechazo sin que esto afecte la relación con su médico y debe saber que puede retirarse del estudio cuando lo desee. El consentimiento escrito constituye un documento que será firmado por el paciente o, en caso de ser esto imposible, por allegados o terceros totalmente independientes del investigador. Idealmente, todo consentimiento escrito debería contemplar un sistema de indemnización por eventuales daños o perjuicios para el paciente derivados del estudio. Finalmente, aunque este comentario resulte aparentemente innecesario, ningún ensayo clínico debe privar al paciente (bajo el pretexto del rigor metodológico o del avance científico) de terapéuticas con beneficios comprobados, o ser sometidos a técnicas que impliquen riesgos innecesarios.

El problema ético de los ensayos controlados randomizados (ECR) radica en el conflicto que se instala en la relación médico-paciente. En su concepción tradicional, el rol fundamental del médico es curar a su paciente. En contraste, en su papel activo de investigador, el médico involucrado en la investigación clínica tiene como objetivo promover la adquisición de conocimientos científicos para su aplicación ulterior a otros enfermos. Frente a su paciente debe decidir una terapia en un sorteo "a cara o seca", violando el juramento médico de hacer lo que él piensa es la mejor terapia. El principal atenuante para este conflicto ético es que el médico no está obligado a prescribir tal o cual tratamiento si la comunidad médica no comparte esa opinión.

A raíz de estas situaciones conflictivas se han planteado diversas alternativas con respecto a los ECR. Una posibilidad que merece ser considerada es el uso de estudios observacionales prospectivos. De esta forma, los médicos podrían utilizar los tratamientos que ellos consideran más eficaces, sin imponerles ninguna limitación a su mejor criterio en beneficio de sus pacientes. Los estudios observacionales prospectivos serían entonces un nuevo intento para encontrar un método de análisis científicamente

válido y éticamente aceptable. (Truog RD: Randomized controlled trials of potentially life-saving therapies: are they ethical? *Coronary Artery Disease* 1993; 4: 835-836.) Este tipo de estudio requiere sólidos conocimientos y firme decisión por parte de los investigadores. Seguramente habrá que implementar nuevas metodologías para el análisis estadístico y nuevas formas de evaluación por parte de los investigadores.

Otro aspecto de la ética se refiere simplemente a la **práctica médica**. La primera y más importante obligación moral del médico es poseer una competencia técnica suficiente, adquirida a través de la formación de pregrado y posgrado. El cardiólogo debe conocer las patologías, los métodos de exploración y los tratamientos disponibles con sus riesgos y beneficios. Asimismo, está obligado a saber evaluar el pronóstico de sus pacientes para estar en condiciones de proponer lo mejor para su enfermo.

Como cualquier otra disciplina médica, la cardiología evoluciona en forma constante y, en consecuencia, el médico debe actualizar regularmente sus conocimientos. La lectura científica y la participación activa en cursos, congresos y simposios son la forma de lograrlo. Los resultados de los ECR, las Conferencias de Consenso y las Normatizaciones proveen un alto nivel de información útil.

En los últimos años, una serie de ECR han permitido ubicar en su justa dimensión diversas terapéuticas. Las Conferencias de Consenso, originadas en los Estados Unidos a fines de la década del 70, tienen dos objetivos: 1) evitar la transferencia demorada de los resultados de la investigación científica a la práctica médica, y 2) plantear inquietudes frente al creciente aumento de los gastos en salud a partir de la utilización de nuevas y costosas técnicas, por lo general insuficientemente evaluadas. Las Normatizaciones constituyen un indicador esencial para la buena práctica cardiológica. Los líderes en las distintas disciplinas de la cardiología tienen el deber de precisar las reglas racionales de utilización de técnicas, procedimientos y terapéuticas que aseguren una conducta ética. Sólo una información correcta y una experiencia suficiente le permitirán al médico decidir el mejor tratamiento y evitar intervenciones inútiles, dando preferencia a los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de mayor beneficio, menor riesgo y costo más bajo.

La decisión médica implica el conocimiento del problema que aqueja al paciente teniendo en cuenta el entorno familiar y social. El cardió-

logo debe dedicar el tiempo necesario (especialmente en los pacientes añosos) para explicar la naturaleza del problema y las distintas posibilidades terapéuticas con sus consecuencias o complicaciones. En casos de dudas diagnósticas, éstas deben ser transmitidas adecuadamente al enfermo y responder con precisión a todas sus preguntas. En aquellos pacientes con facultades mentales alteradas, el profesional debe comunicar las decisiones a los familiares o responsables legalmente autorizados. Cuando el manejo de un paciente grave depende de la participación de varios profesionales, toda la información debe ser siempre transmitida al paciente o a sus familiares por uno de ellos y, de ser posible, el de mayor experiencia. La decisión del paciente u otros familiares responsables debe ser invariablemente respetada. La preferencia del enfermo, adecuadamente informado, es un elemento fundamental para la toma de decisiones, toda vez que éstas impliquen riesgos para su vida y/o costos elevados. Múltiples ejemplos se dan con frecuencia en nuestra práctica: elección de una prótesis mecánica *versus* una bioprótesis en pacientes añosos; angioplastia *versus* cirugía de revascularización en casos especiales; implante de un cardiodesfibrilador *versus* drogas antiarrítmicas, indicación del trasplante cardíaco, etcétera.

En individuos de más de 80 años, los costos y riesgos de la cardiología intervencionista se multiplican. El cardiólogo debe considerar cuidadosamente estos factores, teniendo en cuenta la edad fisiológica del paciente y estimar los beneficios previsibles, sin dejar de lado los deseos y la opinión del enfermo. En casos de enfermedades terminales, el manejo de la verdad respecto del pronóstico debe ser revelado con muchísimo tacto, dejando siempre abierta la puerta a la esperanza. La decisión de detener la reanimación es también siempre éticamente difícil para el cardiólogo. El pronóstico de la afección y el deseo del paciente (por lo general imposible de obtener) o de la familia deben ser cuidadosamente sopesados.

La deontología médica establece que las responsabilidades de los médicos no sólo involucran al paciente sino también a la **sociedad**. Nuestro sistema de salud, tal como está planteado, no puede sobrevivir a los aumentos ilimitados de los costos. Nuestra especialidad se ha transformado en los últimos años en una de las más caras por la complejidad y sofisticación de su tecnología. ¿Cómo conciliar entonces la ética profesional que nos impone brindar a nuestros pacientes los mejores métodos de diagnós-

tico y tratamiento de la cardiología moderna con las restricciones económicas cada vez más apremiantes? Sólo en manos del cardiólogo avezado está la posibilidad de evaluar las nuevas técnicas de diagnóstico y tratamiento y racionalizar las prescripciones y las decisiones terapéuticas. Las nuevas técnicas sólo deben ser indicadas cuando su valor diagnóstico y terapéutico haya sido fehacientemente demostrado y las técnicas obsoletas deben ser erradicadas. El examen clínico debe ser revalorizado y completado con exámenes auxiliares juiciosamente seleccionados. Sin caer en la mala práctica, es indispensable ser muy rigurosos en la evaluación de los beneficios, los riesgos y los costos de nuestros actos en la selección de dichos exámenes según las distintas patologías.

Volvamos nuevamente sobre el valor de las **Normatizaciones**. Estas, además de un enfoque rigurosamente técnico, deberán contemplar los aspectos éticos y económicos acordes con la hora actual. No cabe duda que no es fácil para el cardiólogo moderno dejar de utilizar la tecnología disponible cuando aspira a alcanzar un diagnóstico preciso y elegante. En cada caso debemos considerar las implicaciones y la importancia del diagnóstico sobre los beneficios terapéuticos.

Tanto pesa el costo de la tecnología médica

actual sobre el presupuesto de la salud que resulta incuestionable que el mayor esfuerzo de los organismos responsables, públicos o privados, debe estar dirigido hacia la prevención de las enfermedades cardiovasculares a través de campañas serias y continuadas. Es por esto que llama la atención la falta de una decidida política en esa dirección.

Autonomía, equidad y beneficio son los tres pilares fundamentales sobre los que asienta la ética médica. Todos ellos deben estar presentes en cada acto del cardiólogo. La **autonomía** se refiere al derecho del paciente a opinar y decidir sobre sí mismo luego de haber sido informado adecuadamente sobre su problema. El **beneficio** se obtiene realizando todo lo que está a nuestro alcance para mejorar o curar a nuestros pacientes con el menor riesgo y sin atentar contra su dignidad y sus derechos. La **equidad** se aplica al concepto de igualdad de posibilidades para todos los que necesitan de nuestro cuidado, lo cual constituye la mayor exigencia de la ética. Todos deben recibir igual atención sin que las restricciones económicas constituyan un obstáculo. El cumplimiento de estas premisas implica reflexión y esfuerzo constante para preservar la salud de todos sin menoscabar los intereses de nadie.

Dr. Marcelo V. Elizari