

# Carta del Presidente



## El síndrome de Ulises

"...En tiempos de Homero aún se aceptaba que la enfermedad era un castigo de los dioses, y el enfermo un pecador."

FÉLIX MARTÍ IBÁÑEZ

Un varón de 48 años de edad, sin factores de riesgo coronario, que practica tenis o corre 6 kilómetros tres o cuatro veces por semana, consultó a su médico de cabecera por dolor precordial atípico para isquemia miocárdica. Se le solicitó un estudio de perfusión miocárdica que mostró un déficit transitorio en la cara inferior con un esfuerzo de 16 Mets y un doble producto de 33.600. Durante el ejercicio el paciente no refirió angor, pero se observó aplanamiento de la onda T y extrasístoles ventriculares monofocales frecuentes. A partir de entonces, durante los dos meses siguientes el paciente fue sometido a ventriculograma radioisotópico en reposo y esfuerzo, monitoreo ECG Holter, Eco-Doppler cardíaco, Eco-dobutamina, talio-SPECT, análisis de potenciales ventriculares tardíos mediante señal promediada y estudios de provocación de espasmo con frío e hiperventilación. Ninguno de estos procedimientos arrojó datos claramente anormales, pero sin embargo se le practicó una cinecoronariografía, que mostró una obstrucción no significativa del tercio medio de la coronaria derecha. Se planteó la posibilidad de una angioplastia, pero finalmente privó el buen criterio y el paciente continuó con su vida habitual y controles clínico-cardiológicos cada seis meses.

Es inevitable asociar las peripecias de este paciente con la historia de Ulises, aquel legendario rey de Itaca, que luego de la guerra de Troya atravesó por sorprendentes e innecesarias aventuras, en ocasiones riesgosas, por más de veinte años antes de regresar al punto de partida en su hogar.

Hace algunos años, Jerome P. Kassirer, el editor del *New England Journal of Medicine*, analizó el tema de la "búsqueda empecinada de la certeza diagnóstica" en una monografía editorial (*N Engl J Med* 1989; 320: 1489-1491). El autor menciona varios motivos como causas de los excesivos pedidos de estudios: demandas del paciente o su familia, protección contra causas por mala práctica, curiosidad acerca de los resultados, ignorancia acerca de las características de los métodos, motivos económicos y hábitos automáticos o anquilosados. Pero el móvil primordial que persigue la solicitud de largas series de prue-

bas es reducir el nivel de imperfección que prevalece en toda tarea médica, aunque "nuestra misión no siempre es arribar a la certidumbre diagnóstica, sino reducir el grado de incertidumbre de modo de tomar decisiones terapéuticas óptimas" y "más pruebas no producen necesariamente más certidumbre".

Por otra parte sabemos que, aunque logremos perfeccionar el diagnóstico y utilicemos todo el arsenal terapéutico, no necesariamente provocaremos un claro beneficio en el desenlace final del paciente, como lo demostró el análisis de los resultados de las diversas prácticas médicas en diferentes países. Pacientes portadores de infarto agudo de miocardio incluidos en el estudio SAVE e internados en hospitales de los Estados Unidos, tuvieron el doble de cinecoronariografías y casi el triple de cirugías de revascularización que pacientes similares tratados en centros de Canadá, pero la mortalidad y la incidencia de reinfarcto en ambos países fue la misma al cabo de un período de seguimiento de más de tres años.

El intervencionismo excesivo tiene sus limitaciones incluso en áreas donde pareciera que no queda lugar para la discusión, como lo es la búsqueda e intervención de la hipercolesterolemia de una manera indiscriminada. A pesar de los concluyentes resultados de los múltiples estudios de intervención para reducir los niveles de colesterol sérico, investigadores de la Universidad de Yale informaron que en *personas mayores de 70 años sin antecedentes de cardiopatía isquémica ni otros factores de riesgo de la misma*, la hipercolesterolemia no afecta negativamente al paciente y en consecuencia no debería ser investigada ni tratada (*JAMA* 1994; 272: 1335-1340). Esta cita de ninguna manera invalida la justificada lucha contra la hipercolesterolemia en que está empeñada la ciencia médica, sino que brinda otro ejemplo de lo selectivos que debemos ser para lograr una atención médica óptima con la mejor administración de los recursos y los esfuerzos.

El esfuerzo por uniformar y racionalizar las estrategias diagnósticas y terapéuticas, frente a lo avasallante de las innovaciones y a la dura competitividad que plantean los diversos enfoques, tuvo su respuesta en los últimos años. Diversas instituciones científicas de reconocido prestigio universal como el *American College of Cardiology* y la *American Heart Association*, constituyeron a tales efectos comités especiales (*task forces*) integrados por expertos en

cada área, que intentaron emitir normativas destinadas a evitar indicaciones superfluas o redundantes. Estos grupos elaboraron sus informes con recomendaciones respecto de las correctas indicaciones de los procedimientos y publicaron sus conclusiones, a las que dieron amplia difusión en forma de *guidelines*. Sin embargo, existen evidencias de que la transferencia de las conclusiones de estos comités de expertos a la práctica cotidiana suele ser lenta e incompleta, como lo demuestra el relato del caso con el cual se inicia esta carta.

J. Willis Hurst "ve con alarma" diversos aspectos de la práctica médica contemporánea (Am J Cardiol 1995; 75: 832-834). Le preocupa el abuso que se hace de los procedimientos diagnósticos de alta tecnología. Es fundamental saber diferenciar las pautas de la atención médica empleadas en la práctica comunitaria, de aquellas utilizadas en las poblaciones altamente seleccionadas que son asistidas en los centros de alta complejidad. Por otra parte, con frecuencia se piden métodos de alta complejidad debido a la falta de confianza en la evaluación clínica y no se utilizan los resultados de los métodos de alta tecnología para mejorar el rendimiento de las habilidades semiológicas elementales. Además manifiesta sentirse bastante molesto cuando se lo denomina "prestador de salud" y al paciente "consumidor de salud", en una relación como la que se entabla entre el médico y el paciente, que debe basarse en la máxima confianza y respeto mutuos, dado que se trata de las posesiones humanas más sagradas: el cuerpo y la mente. Sin embargo, de acuerdo con el modelo contractual que rige cada situación particular en el actual sistema de salud, el médico puede verse enfrentado con otros fuertes conflictos. En el caso de la atención modulada o capitada, el estímulo se dirige en cambio a restringir las órdenes o a seleccionar los procedimientos diagnósticos o terapéuticos menos costosos, con lo que la práctica se transforma en un dilema de facetas múltiples.

Pero volviendo al núcleo de la presente discusión, que es la razonable utilización de los recursos de la salud, debemos convenir en que el hecho de disponer de la tecnología no significa que debemos dilapidarla indiscriminadamente a costa de nuestro héroe homérico: el paciente. Parte de la educación médica deberá contemplar estos aspectos. En la Universidad de Duke, los médicos residentes de Medicina Interna dedican dos semanas de su formación a una rotación en la cual aprenden a utilizar los recursos tecnológicos de la manera más racional. Una parte sustancial de esta discusión pasa por la jerarquización del acto médico. Una manera de lograr esa jerarquización es priorizar las disciplinas de primer nivel. En el proceso de la recertificación de especialistas en Cardiología en los Estados Unidos, los

candidatos deben aprobar cinco módulos, de los cuales uno es de Medicina Interna, tres de Cardiología y el quinto de una subespecialidad cardiológica. Dado que la Cardiología es una especialidad de la Medicina Interna, el buen cardiólogo debe poseer una base de internista. De igual modo, el operador de una subespecialidad de la Cardiología debe ser un cardiólogo certificado y no un especialista en tecnología. Frente a un problema concreto de diagnóstico o de decisión, es mucho más valioso poseer una formación sólida en la patología que en la tecnología.

Pareciera que esta carta editorial tuviera por objeto desalentar la utilización de la tecnología moderna y retrotraer las prácticas diagnósticas a dos o tres décadas atrás. De ninguna manera debe ser interpretada así. Más bien mi preocupación está centrada en evitar el desprestigio y el descrédito de los nuevos métodos que tanto nos han ayudado, por una parte a comprender mejor la fisiopatología, y por otra a obtener diagnósticos infinitamente más precisos que lo que podíamos pretender pocos lustros atrás.

El principal fin de estas líneas es llamar la atención acerca de los perjuicios que causa el empleo desatinado de los procedimientos sobre la trílogía paciente-médico-recursos. Si previniéramos la penosa epopeya de nuestro héroe homérico relatada al comienzo de esta carta, evitaríamos al paciente y a su familia un prolongado período de ansiedad y angustia y brindaríamos a la fuente prestadora de los recursos la posibilidad de una aplicación más racional de los mismos. Pero queda poco claro el beneficio real que obtendría el tercer componente de la trílogía (el médico) al evitar el síndrome de Ulises en el marco de la realidad actual. El verdadero estímulo que necesita el médico para tomar conciencia y ser el efectivo vector de un cambio sustancial, es lograr una significativa jerarquización de la labor médica en el sentido personal y auténtico. Un reconocimiento de su labor como eje de la atención médica, tan desvalorizada por el sistema de salud en la actualidad. Recientemente William W. Parmley, el editor del *Journal of the American College of Cardiology*, expresó su preocupación por el deterioro del papel del médico en el marco de la reforma de la atención de la salud en los Estados Unidos (J Am Coll Cardiol 1995; 26: 287-288). Pone el acento en lo singular de la relación médico-paciente. La transferencia de detalles personales y privados con la consiguiente confidencialidad, y el ritual del examen clínico con el necesario contacto físico, constituyen elementos propios y únicos de la relación médico-paciente que no pueden compararse con ninguna otra transacción social o comercial. La atmósfera de elevado nivel ético moral y de respeto por la dignidad individual de ambas partes no puede ser acotada con

una duración de 10 minutos, como fue sugerida por algunas organizaciones administradoras de la salud, tanto en los Estados Unidos como en nuestro medio.

Si el médico dispusiera una retribución más estimulante para el componente intelectual de su tarea..., si pudiera ejercitar su mente, pensar y razonar sobre las piezas de información elementales que brindan el interrogatorio, el examen físico y las técnicas de baja complejidad capaces de ser desarrolladas en su propio consultorio..., si tuviese el tiempo y la disposición para conversar con el paciente y

explicarle su situación en un lenguaje accesible..., en resumen, si estuviera incentivado para emplear "el equipo de más alta complejidad" que haya desarrollado la tecnología universal: **su mente**, "que no está en el nomenclador", como comenta el Dr. Carlos Nijensohn (Rev Arg Cardiol 1995; 63: 207), el conjunto de la trilogía paciente-médico-recursos obtendría claros beneficios en los aspectos clínico, humano y financiero.

**Dr. Jorge Lerman**