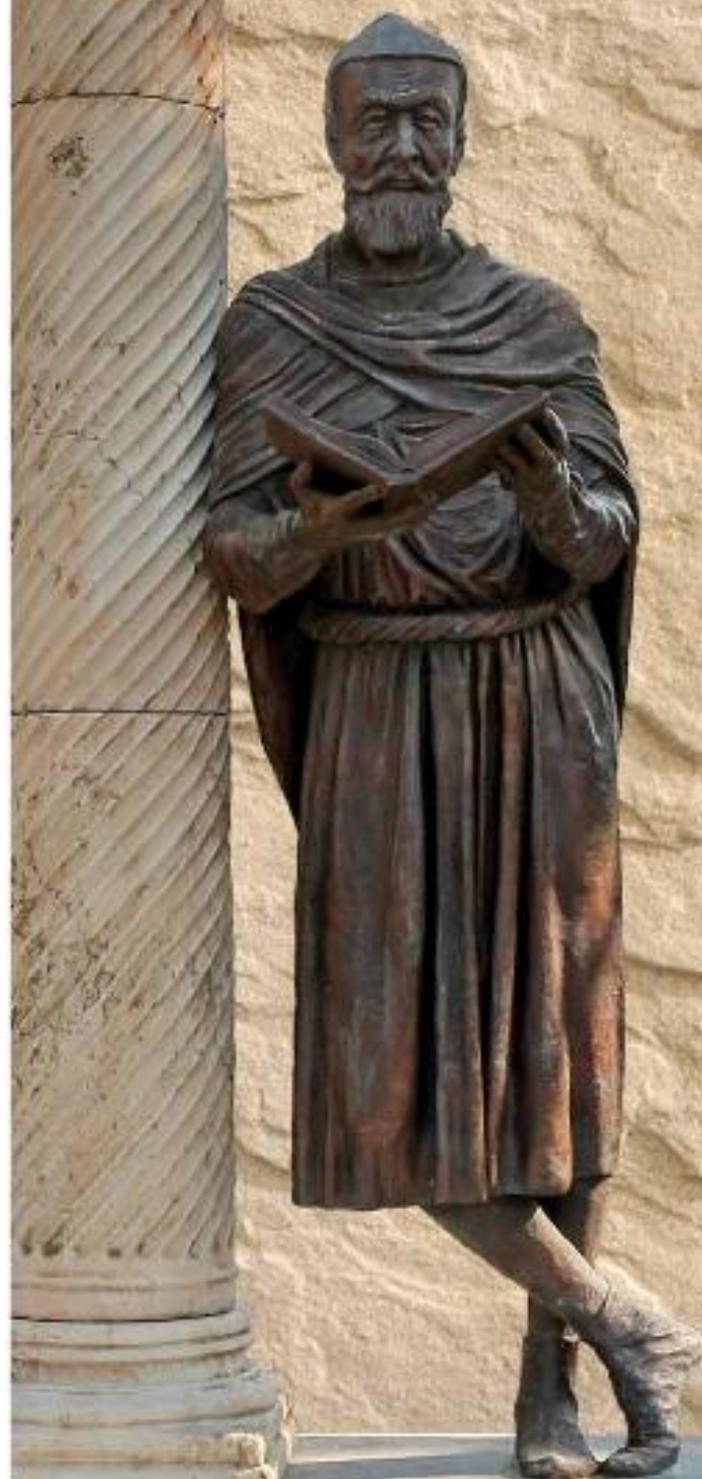


Dr. Gustavo L. Escalada Lesme



**El secreto  
de la ciencia  
y el arte de  
la medicina**

El secreto de la ciencia  
y  
el arte de la medicina

*Dr. Gustavo L. Escalada Lesme.*

*FACC - FSLAC*

Asunción, Paraguay

2022



## Colaboradores:

***Dr. Ricardo López Santi FACC. FSIAC.***

Prólogo

Médico. Especialista en cardiología. Especialista en sistemas de Salud y Seguridad Social. Co Director académico de la Sociedad Interamericana de cardiología. Ex presidente de la Federación Argentina de Cardiología. Investigador. Autor y Co Autor de numerosos artículos y libros. Argentina.

***Dr. Ricardo Mario Iglesias MTSAC.FACC.***

Autor del capítulo VII

Médico. Especialista en cardiología. Ex presidente de la Federación Argentina de Cardiología. Consultor y Speaker Internacional. Autor y Co Autor de numerosos artículos y libros. Argentina.

***Dra. Estela Torres Taboada.***

Comentarios

Médico. Especialista en medicina interna. Magister en metodología de la investigación científica. Docente de postgrado de la Universidad Nacional de Itapua . Ex presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Paraguay.

***Dr. Milciades D. Cantero Leiva.***

Comentarios

Médico. Especialista en Psiquiatría. Especialista en Medicina Legal y Ciencias Forenses. Especialista en tratamiento de adicciones. Paraguay.

***Dr. Manuel A. Castillo Vazquez. FACC.***

Comentarios

Médico. Especialista en cardiología. Especialista en cuidados intensivos cardiovasculares. Ex presidente de la Sociedad Paraguaya de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Paraguay.

***Dra. María Lorena Coronel.***

Comentarios

Médico. Especialista en cardiología. Magister en hipertensión pulmonar (Madrid, España). Maestría en hipertensión pulmonar y enfermedades vasculares pulmonares (Bologna, Italia). Autora y Co Autora de numerosos artículos y libros. Argentina.

***Dr. Jorge Isaac Parras.***

Comentarios

Médico. Especialista en cardiología. Jefe Servicio de Ecocardiografía de Instituto de Cardiología de Corrientes. Autor y Co Autor de numerosos artículos y libros. Argentina.

***Dr. Santiago Gallo FACC.***

Comentarios

Médico. Especialista en cirugía general y torácica. Cardiólogo certificado. Especialista en medicina crítica y cuidados intensivos. Especialista en Teaching Higher Health. Ex presidente de la Sociedad Paraguaya de Cuidados Intensivos Cardiovasculares. Paraguay.

***Prof.Dr. Raúl E. Real Delor.***

Revisor

Médico. Especialista en Medicina Interna. Magister en metodología de la investigación científica. Docente e investigador. Editor de la revista virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Paraguay.

***Dr. Hugo Celauro Falcón.***

Comentarios

Médico. Especialista en medicina interna. Presidente de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Presidente de la Sociedad Paraguaya de aterosclerosis. Miembro del American College of Physicians. Paraguay.

***Dra. Jazmín Ovelar.***

Comentarios.

Médico. Especialista en medicina interna. Docente de postgrado de la Universidad Nacional de Itapúa. Directiva de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna. Paraguay.

***Dra. Martha Marín Ricart.***

Revisor.

Bioquímica. Magister en Micología médica. Especialista en metodología de la investigación científica. Editora honoraria de la revista “Del Nacional”. Docente universitaria. Paraguay

Dedicado...

.....a dos grandes maestros de la medicina, los profesores Dr. Adrian Ebner y Dr. Masao Sano, en quienes la calidad humana y la ciencia se funden con lo clásico y lo moderno, en una amalgama de excelencia para la práctica y la docencia de la medicina.....

y

.....a todos quienes en el anonimato y la soledad de las trincheras de la medicina, luchan incansablemente por la salud de sus pacientes .....



# PRÓLOGO

La civilización transita los primeros pasos por los senderos del siglo XXI de la mano de una pandemia que ha generado un cambio profundo en este mundo globalizado, aunque sin certezas de cuan duradero, respecto de la escala que establece lo que realmente importa en la vida de los seres humanos y la sustentabilidad del planeta. Así la Salud ha escalado varios casilleros hasta posicionarse junto a la economía en el podio de los intereses de la población de Occidente.

El hombre común, bajo el gran estímulo de los medios de comunicación, se ha familiarizado con conceptos técnico-sanitarios como infectados diarios, inmunización, ocupación de camas y sobre todo de tasas de mortalidad. Con esta información de actualización "en línea y tiempo real" ha sacado sus propias conclusiones y elaborado sus críticas sobre las carencias de un Sistema que debería cuidarlo.

La salud por su parte está proponiendo soluciones propias de la era digital que atravesamos, afrontando el desafío de no dejar fuera a grandes sectores de la población latinoamericana que habitualmente se encuentran nucleados en el grupo de los marginados, poniendo de manifiesto significativas dificultades de acceso tanto a servicios de salud como a medicamentos.

En este difícil contexto, que por momentos ha sido como un verdadero campo de batalla, los jóvenes médicos afrontan sus primeras experiencias de contacto con los pacientes sin la experiencia suficiente para estar seguros y confiados de sus procedimientos y al mismo tiempo sin contar muchas veces con la proximidad de maestros o tutores que puedan ser consultores de su accionar.

"El secreto de la ciencia y el arte de la medicina" es una propuesta que ha nacido para ocupar ese espacio. Quizás el primer aspecto a resaltar es que la obra logra abstraerse de lo coyuntural de un tiempo adverso y hostil en el que ha sido escrita y logra centrarse en aspectos que hacen a la esencia de la práctica médica de manera atemporal. Todo el libro se halla atravesado por una visión humanística que queda en claro desde los primeros capítulos, en los que ubica al paciente como centro de la escena no dejándose ganar por la tentación de invertir el foco de atención hacia la blanca toga.

Así sucesivamente atraviesa de manera ordenada y metódica todos los aspectos que hacen la práctica médica bajo una concepción holística, iniciando por el análisis de los componentes de la comunicación y la interpretación de los distintos escenarios que se pueden dar en la relación entre médico y paciente. Estas páginas ofrecen las herramientas fundamentales para sacar el máximo provecho de una consulta presencial, estableciendo la importancia del desarrollo de la empatía no solo desde lo emocional sino esencialmente desde lo cognitivo. Luego si, discurre con autoridad por aspectos técnicos y metodológicos para un adecuado diagnóstico e interpretación de la evidencia, no olvidando nunca la vulnerabilidad de la mayor parte de los habitantes del continente en los que deben ser aplicados.

Todo desemboca finalmente en el proceso de toma de decisiones, instancia muchas veces generadora de incertidumbres que solo se resuelven a partir de un abordaje integral que contemple el ámbito en el que se aplican. En este punto se analizan aspectos como la iatrogenia y la inercia médica, de tanta relevancia en un tiempo en que el paciente empoderado desarrolla un rol que obliga al médico a no desatenderlos.

Sin dudas la obra responde a muchos de los interrogantes que inquietan a los jóvenes médicos y a otros colegas que a pesar de años de profesión, ejercen alejados de los grandes centros sin la posibilidad de interactuar con pares. Las respuestas que ofrece este libro se verán reflejadas en mayor bienestar y calidad de atención de sus pacientes.

Mientras tanto seguiremos avanzando en tiempos de enormes desafíos para los sistemas de salud de América Latina y deberemos consensuar como integraremos nuevas tecnologías, cómo derribaremos barreras de acceso, de qué manera la relación médico paciente se montará en el carrusel de la era digital, de qué manera afrontaremos los grandes interrogantes éticos que los pacientes nos proponen en el diálogo entre la vida y la muerte. Ya no se trata de enfermedad solamente, ya que en la medida en que la población extiende su expectativa de vida todos deberemos afrontar la llegada de las enfermedades crónicas, motivo por el que el campo de acción de los médicos se amplía inexorablemente hacia una incursión en las estrategias para optimizar la calidad de vida.

Este libro ofrece bases firmes, rescatando lo esencial como punto de partida para dar respuesta a los desafíos actuales que impone el ejercer la vocación de cuidar la salud de los otros. En un ejercicio socrático deberíamos aguardar la devolución de

los lectores a los fines de que el autor de la obra profundice en algunas de las múltiples aristas que ella ofrece.

Estaremos esperando.

Dr. Ricardo López Santi

Ex Presidente de la Federación Argentina de Cardiología

Director de Academia de la Sociedad Interamericana de Cardiología



# Un viaje por la humanidad

La historia de la medicina se inicia con la lucha,  
tanto por la supervivencia, como por el intento de comprender un  
mundo aparentemente movido  
por fuerzas poderosas y caprichosas.  
Logrando gradualmente acumular conocimientos  
mediante la observación y la experimentación,  
a través del paso de varios milenios  
hasta nuestros días;  
viajando con la humanidad en su existencia peregrina,  
desde el antiguo Egipto, la magnífica Grecia, la mística India y la lejana  
China,  
llegando a su esplendor durante el Imperio Romano y el florecer del  
mundo árabe,  
sobreviviendo al oscurantismo de la edad media  
hasta la llegada de la Europa moderna,  
donde su luz brilló con mayor intensidad, tanto,  
que iluminó al nuevo mundo.

Inspirado en la obra de “La historia de la medicina”  
de la Dra. Jenny Sutcliffe



# Contenido

- Prólogo
- Un viaje por la humanidad
- Introducción

## CAPITULO I

La mejor herramienta del médico.

- La consulta. ¿Qué esconde?
- Empatizar con el paciente
- La base de una buena práctica médica
- La entrevista
- Recolectar información, el primer paso
- El lenguaje corporal
- El apretón de manos
- La sonrisa
- Posiciones defensivas
- Los brazos
- Las piernas
- La psicología de la ropa
- El lenguaje verbal
- Emisor o paciente
- El mensaje o contenido
- Las disonancias cognitivas más frecuentes#
- El receptor
- El banco de niebla
- Resumen
- Comentarios: a) Dra. Estela Torres  
b) Dr. Milciades D. Canteros

## CAPITULO II

En los zapatos del paciente.

- Medicina: ciencia, arte y humanismo
- La interacción social
- El resultado de la empatía en el consultorio
- ¿Cómo se logra aumentar la actitud empática?
- Obstáculos para lograr la empatía durante la consulta
- El paciente difícil. ¿Qué pasa con ellos?
- La disonancia cognitiva. ¿Cuándo es particularmente dolorosa?#
- ¿Qué actitud tomamos ante los pacientes con disonancia cognitiva?#
- Resumen
- Comentarios: a) Dra. María Coronel  
b) Dr. Santiago Gallo
- Lecturas recomendadas

## CAPITULO III

La bola de cristal: “Un paso por delante de la enfermedad”

- El diagnóstico
- Una misión en contra del tiempo
- El nuevo Chaman
- La probabilidad en la medicina
- Primera aproximación probabilística a la hipótesis diagnóstica#
- El riesgo en la medicina
- Riesgo absoluto
- Riesgo relativo
- La estadística como instrumento en la elaboración de la hipótesis diagnóstica en el consultorio
- Estudios complementarios
- Relación entre las capacidades de determinación de una prueba
- La curva ROC
- El pretest
- Resumen
- Comentarios: a) Dra. Jazmín Ovelar
- Lecturas recomendadas



## CAPITULO VI

### El principal actor del éxito terapeutico

- La excelencia en la práctica médica: ¿garantiza los buenos resultados a largo plazo?
- ¿Como definimos a la adherencia al tratamiento médico?
- Causas de la no adherencia
- Consecuencias de la no adherencia
- ¿Cómo podemos evaluar la adherencia?
- Estrategias para mejorar la terapeutica a largo plazo.
- Resumen:
- Comentarios: a) Dr.Manuel Castillo
- Lectura recomendadas

## CAPITULO VII

### Así lo ven los mejores: Reflexiones del Dr. Ricardo Iglesias.

- Ser médico
- La búsqueda de un nuevo paradigma en la educación médica continua
- Papel del médico en la sociedad
- Lecturas recomendadas

# INTRODUCCIÓN

## *La medicina en su esencia es ciencia y arte.*

Ciencia a razón de la aplicación del método científico, con el ideal de estar libre de subjetividades que mellen la confiabilidad del actuar del médico a partir de la observación inicial, generando conocimientos que favorezcan el éxito sobre las mismas patologías a tratar en distintos pacientes y al final se traduzca en uno o varios artículos bibliográficos que avalen esta práctica y su posterior difusión.

Es de resaltar que no es suficiente para el ejercicio de la medicina conocer el método científico ni las evidencias generadas y plasmadas en los distintos tipos de bibliografía, es también necesario tener la suficiente habilidad para poder llevarla a la práctica a partir de la misma, gestionando su aplicabilidad acorde a las particularidades de cada paciente ya sea en la forma de presentación que le tocó su enfermedad, su universo interior y exterior, así como los medios con que se cuenta para resolver determinada situación; todo en una sutil, armoniosa y eficiente combinación de habilidad personal plasmada en cada decisión, lo que configura el arte en la práctica médica.

Aunque el manejo de estos conceptos pareciera ser suficiente para entender lo que se necesita para una buena atención al paciente, no es tan simple, ya que en si la medicina se encuentra en una constante y probablemente infinita evolución, en un círculo perpetuo de desafíos y soluciones.

Así también, existe una gran complejidad que implica el tratar con personas, con una inmensa variedad entorno a los aspectos que hacen y rodean a su ser, tanto como el número de humanos desde los orígenes de la vida, hasta nuestros días como los que están por venir.

El elemento por conocer que pudiera llenar los espacios entre la ciencia y el arte de la medicina se encuentra encerrado en ciertos conocimientos prácticos y teóricos, que parecieran mantenerse oculto a muchos médicos cual “secreto”, sin poder ser asequibles a pesar de lo evidente de su existencia y la simplicidad en poder llegar a ella. Esta dificultad de poder acceder a estas erudiciones en forma masiva hace que aquellos quienes intuitiva o enfocadamente lo logran pasen a manejar altos estándares de eficiencia, eficacia y efectividad en su día a día con sus pacientes conformando la élite médica en su medio.

El presente texto trata de universalizar estos conocimientos en forma sencilla y práctica, llevando de la mano al lector con un lenguaje amigable y con ejemplos tangibles a través de sus páginas a un sistemático descubrimiento que engloba no solo conceptos o saberes del mundo de la medicina, sino también de otros campos, con una gran variabilidad esperable ante la idea de los elementos a considerar al tratar a un humano.

En la incursión en los distintos apartados se tratan puntos que hacen a la necesidad de entender a la comunicación mucho más allá que solo el intercambio de palabras, así como lo importante de aplicar ciertos conocimientos que logren un relacionamiento médico-paciente que garantice su colaboración absoluta al aportar los datos de su padecer, logrando tal apertura que dejen entrever información inclusive escondida a su consciente.

Otro punto no menos importante desmenuzado a lo largo de las páginas es la de los detalles y los elementos indispensables en la elaboración de un diagnóstico eficaz y eficiente que lleve a una terapéutica efectiva. En este punto es de recalcar la identificación de las herramientas que el médico dispone, así como el uso práctico de las mismas, bajo la luz del pensamiento objetivo, el cual se espera que esté libre de vicios que pudieran sesgar a los mismos, los cuales son identificados y analizados por grandes expertos a nivel mundial no solamente de la medicina sino de ciencias afines las cuales no suelen ser incluidas en los currículum de grado o postgrado universitarios a pesar de lo gravitante en la práctica diaria.

El presente material a más de brindar las herramientas necesarias para desarrollar todo el potencial del médico asistencialista, en especial a aquel que inicia su carrera sin haber pasado por la experiencia de las residencias médicas, en donde el conocimiento ingresa no solamente en forma sistematizada en las clases de postgrado, sino también en la interacción con verdaderos maestros en determinadas especialidades, compañeros de residencia, enfermeras, funcionarios de servicio social y en especial de los pacientes y del mundo que lo rodea.

En la actualidad digital del médico, el nativo digital y los que se adaptaron a esta era, encontrar información no constituye problema alguno, más bien se vuelve algo abrumador por la cantidad de contenido obtenible, el aprieto pasa por la selección, por la capacidad de discernir la fiabilidad de las fuentes y el tener una

cierta plasticidad mental que logre generar una apertura a los conocimientos emergentes a los cuales la curiosidad intelectual lleva.

Este material sintetiza lo básico para crear una línea de crecimiento intelectual, un timón en un inmenso mar de conocimientos, con el agregado de la síntesis que requieren las informaciones para las nuevas generaciones.

Es un hecho que un libro puede marcar una manera de pensar y de vivir de una persona e incluso de una sociedad, si bien este ambicioso objetivo pudiera estar al alcance de este material ahora en tus manos, solo se espera que llegue a ser el puntapié inicial para una vida de excelencia profesional



# CAPÍTULO I



# LA MEJOR HERRAMIENTA DEL MÉDICO

“Para entender la verdadera calidad de las personas,  
debes mirar dentro de sus mentes, examinar sus ocupaciones y aversiones”

Marco Aurelio (121-180 d.C.)

## *La consulta.* ¿Qué esconde?

La decisión de ir a consultar con el médico ya sea por una dolencia o ante la necesidad de encontrar respuestas sobre una determinada situación que activó alguna alarma interna, muchas veces no es tan sencilla como para sin mayores preámbulos calzarse los zapatos y ponerse en marcha, y mucho menos si se trata de ir al especialista en donde se despiertan ciertas fantasías negativas entorno a la misma. Tomar esta disposición tiene tantos matices que hay veces que los médicos lo banalizamos y hasta juzgamos a los pacientes sin mayores elementos que solo los conocimientos técnicos sobre la presentación clínica, métodos diagnósticos, tratamiento y el pronóstico de las distintas patologías. Esto nos lleva a entablar ciertos prejuicios sobre la dilación a la consulta, considerándola a raíz de una falta de conciencia sobre la importancia de una conducta proactiva al cuidado de la salud en sus distintos ámbitos.

Para adentrarnos en las implicancias de tomar la decisión de ir al médico por parte del paciente citemos a Ortega y Gasset, pensador español que escribió en su libro, *Meditaciones del Quijote*, una célebre frase «Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo», esta hace alusión a que cada persona asume su camino en la vida en base a sus valores éticos y morales, decidiendo así lo mejor para sí mismo, con una fuerte influencia del medio que lo rodea, ya sea la pareja, la familia, amigos, sociedad o religión, todo en el enmarcado siempre de sus experiencias previas o expectativas sobre distintas situaciones.

Es así que decidir ir al médico ante la probabilidad de descubrir una enfermedad, se convierte en todo un evento en la historia del paciente, que involucra a todo su entorno, y de pronto en su visión menos optimista podría llenarlo de amenazas ficticias, que se acrecienta día a día por la rumiación de los pensamientos al respecto, las cuales son procesados desde la conjugación de experiencias propias o de terceros, consultar al médico, una aparente decisión simple así se vuelve en toda una experiencia de vida.

Es importante que el médico comprenda y tenga siempre presente que la decisión de consultar trae consigo una carga importante de emociones y situaciones ya detalladas. El “médico” se vuelve sin previo aviso en parte del continuo de la vida del paciente desde el momento en que éste ha decidido acudir al consultorio, ya sea lleno de miedos u optimismo, por todo lo cual es imperativo empatizar con su persona en la búsqueda de una cómoda relación médico-paciente, que lo libere de todas las fantasías propias e inducidas sobre la probabilidad o el hecho de una patología existente.

### ***Empatizar con el paciente.***

Cuando hablamos de empatía en la relación médico-paciente, hacemos referencia a la habilidad tanto cognitiva, emocional y afectiva del médico para ponerse en la situación del paciente, expandiendo así su interés por el mismo más allá de los límites de un rol distante de médico como elección profesional, es decir, tratar de conocerlo a profundidad, progresando en entenderlo como persona en todas sus dimensiones, escuchándolo siempre con una actitud abierta y comprensiva en procura de lograr un vínculo de confianza que lo lleve a una descripción profunda y detallada de cómo vive la afección que lo incomoda. Aquí inicia el camino a recorrer en la búsqueda de las patologías que aquejan al paciente.

En una buena relación con el paciente, marcada por la empatía, no sólo se logra obtener la llave de su confianza, sino que también se derrumban sus barreras autoimpuestas en forma consciente o inconsciente en la salvaguarda de su “yo” ante una amenaza real o imaginaria, que supone el exponer sus intimidades ante una persona extraña, aunque exista en su consiente la existencia del “secreto médico” de por medio, sin olvidar la aprensión propia que genera lo desconocido por venir en el contexto de una patología.

Para lograr la confianza del paciente es importante que el médico se mantenga con una actitud abierta, sin prejuicios y con una escucha activa, lo cual implica mantenerse atento a todos los aspectos de su lenguaje ya sea verbal o corporal, así como a la del paciente al narrar sus dolencias, teniendo siempre presente todos los detalles que muchas veces son minimizados en sus relatos y a las pistas que pudieran llevar a aquellos escondidos en forma adrede por pudor o el miedo a ser juzgado.

### ***La base de una buena práctica médica.***

En el ejercicio de la medicina asistencial sin lugar a duda no existe un método tan práctico y efectivo como lo definido en el coloquio médico como la “clínica”, considerada como la soberana en el manejo de los pacientes, con su instrumento la historia clínica y su mejor herramienta el interrogatorio, sin embargo, en la actualidad lentamente va ocupando un segundo plano con relación a las modernas tecnologías emergentes.

En esencia, la clínica enunciada por grandes médicos no es más que el método científico aplicado a la medicina, con la formulación de hipótesis diagnósticas en base a datos relevados en el interrogatorio y su consecuente análisis objetivo y sistemático, que posteriormente será confirmado o complementado con las referidas nuevas tecnologías. Esto configura la base sobre la cual se asienta una buena práctica asistencial que se consolida por resultados que lo catalogan como una práctica eficiente, eficaz y efectiva.

Es así como el médico aspirante a realizar una atención de excelencia debe orientar sus esfuerzos en ejercitar un elemento clave, que es el relevamiento de información para la configuración de datos, para la consiguiente formulación de hipótesis y diagnósticos diferenciales a partir de ellos.

Para obtener información de calidad, una vez lograda una buena relación médico paciente, se debe enfocar todos los esfuerzos en la atención mucho más allá de la simple anamnesis detallada de síntomas y signos, que muchas veces es en donde se encuentra la verdadera puerta de entrada al diagnóstico, para lo cual es imperativo analizar ciertos aspectos en detalle de la entrevista, desde distintos puntos de vista que configuran una visión más global del paciente.

### ***La entrevista.***

Siendo estudiante de medicina una de las primeras materias en donde realmente se empieza a sentir la carrera es cuando se cursa semiología médica, en donde uno aprende la recolección sistemática de síntomas y signos para configurar las hipótesis diagnósticas de los distintos síndromes o enfermedades. Logrado éste primer punto, se inicia el camino del actuar terapéutico en pro de la resolución de patologías, y es aquí en donde se enciende el fuego de la pasión del médico.

Ante la adquisición de ésta herramienta para la resolución de patologías, es una cuestión personal del galeno el enfocarse en perfeccionarla día a día, sin embargo ésta se vuelve limitada en relevamiento de información cuando se considera que su uso está encasillado sólo a síntomas y signos, considerándolo como el único camino para dicho fin restringiendo así los diagnósticos diferenciales, al perder detalles que parecieran superfluos al no estar en la órbita de las manifestaciones clínicas clásicas, que son las encuadradas en las enfermedades más prevalentes en los libros de textos tradicionales, ésta visión limitada, con el correr de los años anestesia la perspicacia del médico al llevarlo a pensar que son los únicos datos de interés, hasta tal punto que con el tiempo el paciente desaparece en su todo, siendo solo un conjunto de síntomas y signos.

Evaluemos dichos “detalles” que pudieran pasar por alto y su valor con un ejemplo:

-En las guardias médicas no es infrecuente que, al ingreso de una paciente joven, con episodios de lipotimia, tras un minucioso interrogatorio de sus síntomas y una evaluación física rigurosa, no generaron datos importantes u orientativos para lograr una unidad diagnóstica. Consecuentemente es sometida a distintos protocolos de estudios complementarios que en gran parte arrojan resultados poco orientadores y arrincona al médico a una de las decisiones más difíciles que es el de dictaminar: -“no encontramos una causa que explique su cuadro clínico”-, por lo cual mantiene internada a la paciente tratando de encasillarla en alguna patología, sin embargo, una visión más amplia en busca de información podría dejar entrever la presencia de fibrilación palpebral, el entrecejo fruncido, las cuentas de su rosario en su puño, la uñas cortas por el hábito del mordisqueo continuo, el color vívido de su vestir y a sus familiares quejándose de su mala actitud sobre algunos temas. Estos detalles pudieran orientar a un episodio de índole psicológico que la llevó a un consumo de tóxicos, información la cual consciente o inconscientemente es omitida por la paciente o los acompañantes. Toda esta hipótesis diagnóstica basada en una forma alternativa a lo convencional de recolección de datos, que son los detalles y es en estos como ya se menciona en donde se logra hacer la diferencia entre un gran manejo médico y uno mecánico que restringe oportunidades de diagnóstico.

### ***Recolectar información, el primer paso.***

Sherlock Holmes en sus innumerables aventuras decía: “para una gran mente absolutamente nada es pequeño”, este personaje creado por Sir Arthur Conan Doyle, un gran médico quien llevó el método científico de la práctica diaria y las sesiones científicas a la literatura. Su mítico personaje, Sherlock, hacía de pequeños detalles grandes datos, los cuales utilizaba para elaborar complejas hipótesis en base a ellos, para posteriormente buscando con la experimentación llegar a una conclusión objetiva y eventualmente a grandes descubrimientos, así puso de manifiesto al público común, la tarea que todos los médicos realizan en la intimidad de sus pensamientos en la búsqueda y resolución de enfermedades, quizás sin la adrenalina ni el gran carisma del investigador inglés, pero idealmente con la tenacidad del mismo en lograr la mayor cantidad de datos para resolver una situación en particular.

En forma práctica exploremos algunos puntos que potencien el espíritu investigador del médico, a despertar su Sherlock Holmes interno, para poder sistematizar el relevar importantes datos a través de los pequeños detalles que muchas veces pasan por alto con la simple anamnesis protocolar. Para ello enfoquémonos en la clave de la interacción personal que es la comunicación.

La comunicación no es otra cosa que el intercambio de información entre un emisor y un receptor intercambiando roles en forma dinámica con distintos matices. Para interiorizarnos en las distintas implicancias de esta evaluemos las afirmaciones del psicólogo e investigador Albert Mehrabian: - “en una conversación cara a cara, del 100% de la información que se transmite, se hace a través de dos canales fundamentales, una en forma verbal que representa el 35%, y la otra en forma no verbal o corporal, que se lleva a cabo a través de gesticulaciones, expresiones o posiciones que adopta el cuerpo lo que constituye el 65% del total”.

Estos conceptos mencionados podrían parecer muy curiosos al familiarizarse por primera vez con ellos, principalmente en lo que se refiere a la forma no verbal, pero para entenderlo solo basta un simple ejemplo de la vida cotidiana, como el mirar una fila larga a la caja de un supermercado, en donde usamos el canal no verbal inconscientemente y por la cual podemos inferir por las expresiones del rostro, la posición de los brazos y piernas o algunos pequeños actos, estados de ánimo o hasta inclusive pensamientos, deduciendo sobre quien es el comprador

indignado por su idea de pérdida de tiempo, el que se encuentra juzgando a la cajera por su lentitud, el tranquilo que disfruta de su compra o simplemente el indiferente a la situación por estar inmerso en sus pensamientos, todo un mar de información solo observando el lenguaje corporal por sobre el verbal.

Si progresamos en los postulados del mencionado autor encontraremos la famosa “Regla de la comunicación de 7-38-55” (7% palabras, 38% la voz y 55% lenguaje corporal) en donde también afirma que bajo algunas circunstancias hasta el 93% de la comunicación es no verbal, esta aseveración motivó a cientos de autores a estudiarlo generando una vasta bibliografía bajo el concepto global de “lenguaje corporal”, una herramienta para tratar de inferir lo que la comunicación verbal no nos dice y con el objetivo de lograr a través de pequeños datos obtener una enorme información sobre lo que la otra persona piensa y lo trasmite de forma inconsciente. Estas investigaciones han sido adoptadas principalmente por las ciencias humanas, como la psicología, la psiquiatría, entrevistadores laborales e incluso los investigadores policíacos para deducir rasgos de personalidad y la veracidad de un determinado discurso. En el menester médico su utilidad sería en busca de información que ayude a lograr un relacionamiento cómodo al poder empatizar con lo que el paciente piensa o siente y no lo expresa por vía oral, y así seguir ahondando en más elementos sobre su enfermedad.

En este aspecto el médico más avezado debe estudiar sistemáticamente el lenguaje corporal para su interpretación, así como los mensajes ocultos tras el lenguaje verbal que muchas veces solo es interpretada en forma literal sin leer entre líneas la carga emocional que trae implícita, así como el verdadero mensaje oculto en él.

### **El lenguaje corporal.**

Es una forma de comunicación basada en gestos, posturas corporales, movimientos del rostro y del cuerpo, para transmitir información en forma inconsciente, al ser el reflejo externo de los pensamientos y la condición emocional de las personas, así como se describió en el ejemplo de la fila del supermercado.

Evaluemos los distintos elementos que orientan a la decodificación del mensaje implícito en las expresiones faciales, las posturas corporales y el pavoneo en la interacción con otras personas. Para ello consideremos los puntos de concordancia en la interpretación de éstos por los distintos autores, tomando como guía lo expuesto por Allan y Bárbara Pease en su libro “El Lenguaje del Cuerpo”, quienes

hacen mucho hincapié en las condiciones mentales, así como los elementos a saber, en este caso por el médico para poder captar e interpretar el lenguaje corporal, entre sus principales enunciados encontramos:

- a) Evaluar siempre los gestos en forma agrupada: con un ejemplo literal de la obra citada en donde se explica este enunciado, que se presentaría al observar a una persona rascarse la cabeza, lo que significaría incertidumbre o simplemente que tiene caspa, este factor de confusión estará presente siempre que no se considere los gestos en forma agrupada durante la conversación; pero en una circunstancia en donde se pauta al mismo junto a un grupo de gestos disipa mencionado factor, por ejemplo en el contexto de un examen, con la mirada fija y el movimiento impaciente de los pies probablemente sería una expresión de incertidumbre y en contrapartida en un consultorio dermatológico, con la mirada esquiva, con el seño fruncido probablemente se trate de caspa.

Esta visión en conjunto se objetivaría más nítidamente al observar a una persona llevar la mano a la mejilla con el dedo índice hacia arriba y el pulgar sosteniendo la barbilla, con la mirada fija y la cabeza semi agachada para adelante, sentado con las piernas cruzadas, esto ante la exposición de alguna idea o propuesta “estaría transmitiendo” muy probablemente la existencia de pensamientos con contenido similar a lo siguiente: “evalúo lo que me estas diciendo”, “no me gusta de principio lo que dice”, “no estoy de acuerdo”

- b) Buscar la congruencia entre el lenguaje corporal y las palabras: Con la concordancia de lenguaje corporal y verbal estaremos próximos a captar el 100% de la información transmitida y una seguridad absoluta de la pureza de las ideas, de lo contrario estaremos presenciando una incongruencia, la cual se daría en el hipotético caso en que la opinión sea positiva, pero con un lenguaje corporal negativo. Es en estos casos en donde deberíamos considerar el hecho citado en distintas bibliografías en donde pesa 5 veces más el lenguaje corporal sobre el verbal en términos de veracidad, esto a raíz del porcentaje de información transmitida mayormente inconsciente.

La incoherencia pone en tela de juicio toda la veracidad de las opiniones brindadas por nuestro interlocutor. Esto es muy utilizado a la hora de evaluar discursos políticos en donde la congruencia o no de las aseveraciones cobran una gran importancia.

- c) Interpretar los gestos en el contexto de la conversación: en realidad casi todo lo referente a la expresión humana tiene al contexto como un elemento de gran peso, volvamos a un ejemplo similar al anterior: una persona sentada con los brazos y piernas cruzadas, con la mirada fija y la cabeza ligeramente tirada para adelante, si se encuentra en un consultorio estaríamos frente a una actitud cerrada a nuestro interrogatorio, manifiesto a gritos por su lenguaje corporal, pero si a esa persona la entrevistamos en una sala climatizada a bajas temperaturas, vistiendo una fina y muy reveladora bata, en espera de una evaluación quizás solo este con frío pero abierta a nuestro interrogatorio.

Una manera muy sencilla de ver estos preceptos es observar a los niños, a raíz de su espontaneidad en los gestos, lo cual facilita a las madres identificar situaciones como por ejemplo los intentos de ocultar la verdad por parte de sus niños o probables acciones antes que la realicen.

### **La información sistemática para recoger según distintos tópicos del lenguaje corporal.**

#### ***El apretón de manos.***

Su inicio se remonta a nuestros antepasados en donde la estrechaban como acto de buena fe al dejarse mostrar que no se guardaban armas, evolucionando hasta nuestros días entre hombres y mujeres, como saludo o despedida, ciertas características de este nos brindan interesantes datos sobre nuestro interlocutor en torno a su carácter.

- a) Apretón de poder: en donde el paciente intenta llevar la mano en pronación dejando la nuestra en leve supinación, trasmite dominancia, una persona cuya autovaloración la ubica en una posición de poder.
- b) Apretón de igualdad: el paciente mantiene una verticalidad de la palma de la mano en relación con la nuestra, trasmite igualdad de condiciones y afabilidad en el trato.
- c) Apretón de sumisión: es cuando el paciente estrecha la mano en posición supina dejándonos en casi pronación total, es un gesto de que trasmite la necesidad de ayuda, reflejo similar al de nuestros primos primates al

relacionarse con individuos más poderosos en su entorno en busca de protección o reconocimiento.

- d) Apretón doble: al estrechar la mano con el paciente inmediatamente pone su otra mano sobre la nuestra, inmovilizando nuestro movimiento, denota una tendencia marcada a la invasión en base a una familiaridad auto percibida por falta de límites claros.
- e) Apretón de manos de pescado: este se refiere un estrechar de manos breve con ciertas características particulares como las manos frías, húmedas y pegajosas, muy característico de personas en donde la ansiedad predomina en sus interacciones, muy relacionado a personalidades neuróticas.
- f) Apretón triturador: es en el cual la fuerza de la presión de las manos de nuestro paciente genera incomodidad, esto es característico de personas agresivas que buscan intimidar con su trato y que son tozudas al cambio de posición ante posturas tomadas.
- g) Apretón de dedos: el paciente extiende las manos al punto de dejarnos solo los dedos apoyados contra nuestra palma dejando el esfuerzo de compresión bajo nuestro cargo, es muy frecuente en personas inseguras y distantes afectivamente en su trato y reservadas en sus argumentos.

### ***La sonrisa.***

Si los ojos son las ventanas al alma, podríamos decir que la sonrisa son la voz de esta, constituyéndose en una excelente carta de presentación al transmitir empatía en fracciones de segundos. La sonrisa es un fenómeno fisiológico que genera una expresión facial al poner en juego una serie de importantes músculos alrededor de la boca y los ojos, una sonrisa verdadera es la expresión de un estado de entretenimiento, placer o satisfacción comprometiéndolo ambos grupos musculares citados; sin embargo, aquella que sólo involucra los músculos alrededor de la boca sin generar marcadas arrugas faciales esconde un compromiso social o muchas veces la ansiedad como sustrato de esta.

El sonreír al inicio de una entrevista transmite un sentimiento amigable y afable, su ausencia sin embargo transmite un estado antagónico que nos pone de sobre aviso ante un estado de tinte negativo.

### ***Posiciones defensivas.***

Si nos remontamos nuevamente a nuestros antepasados, en un mundo hostil, rodeado de amenazas a la supervivencia, ser percibido por un depredador al ubicarnos en su campo visual y ante un ataque frontal, las chances de sobrevivir disminuían en forma radical, por lo tanto el interponer un objeto como árboles o rocas era vital para la protección, éste mecanismo de defensa fue evolucionando con el correr del tiempo a murallas, escudos, brazos en posición de guardia de box, hasta simplemente brazos cruzados o piernas cruzadas en forma más sutil de defensa socialmente aceptadas, a raíz de que las circunstancias actuales ya no guardan proporciones tan apremiantes.

Este actuar defensivo quedó impreso en nuestra especie como un acto defensivo automático, ante situaciones estresantes y como tal se manifiesta muy frecuentemente en interacciones sociales percibidas como hostiles a nuestro foro interno, como sería una consulta con toda la carga emocional que ya lo abordamos al principio del capítulo.

Identificar estos sutiles gestos de defensa, que también poseen un gran potencial de transformarse en barreras para una interacción fluida con el paciente, es sumamente útil, a la hora de generar estrategias para una correcta relación médico paciente.

### **Análisis de las posiciones de los brazos y piernas:**

#### ***Los brazos.***

- a) Brazos cruzados sobre el pecho: universalmente representa una barrera que impide el ingreso de alguna persona o situación percibida como negativa. El no sale hacia afuera y usted no entra, es una actitud negativa.
- b) Brazos cruzados reforzados: a la posición descrita con anterioridad se suma los puños apretados, lo cual suma a la actitud de barrera una hostilidad

latente. Si sumamos una sonrisa con labios tensos y dientes apretados la actitud hostil es inminente.

- c) Brazos cruzados en forma de abrazo: se caracteriza por que los dedos sujetan con fuerza los brazos contralaterales, es una actitud que refleja aparte de protección una desconfianza y represión de los sentimientos. Podría verse en salas de espera o ante la recepción de cierta información con la cual no se está de acuerdo.
- d) Brazos cruzados con pulgares hacia arriba: denota una actitud defensiva, aunque deja entrever una actitud de seguridad en uno mismo, como una suerte de análisis a los argumentos recibidos con un importante grado de prudencia.
- e) Abrazo parcial: es muy común en mujeres, refleja un sentimiento de protección e inseguridad en si misma, aunque no implica incomodidad alguna.
- f) Manos juntas enfrente a la bragueta: es un signo de protección utilizada por los hombres en posición de pie, en salvaguarda de una posible situación que lo identifique como un ataque frontal a su persona de carácter íntimo.

En el capítulo X de su libro, “El lenguaje del cuerpo”, los autores nos hacen una curiosa afirmación, “las piernas nos dicen lo que la cabeza quiere”, haciendo un comentario pintoresco de lo distante de los pies a la cabeza, lo que hace difícil que el consciente pueda tener un control total sobre la manifestación de los pensamientos y el estado de ánimo sobre éste, filtrándose éstos a través de proyecciones inconscientes, en forma de posturas y movimientos de la pierna y los pies.

Un ejemplo sencillo y revelador, es la de un paciente que sentado en su silla empieza a recibir directrices con las cuales no se siente muy cómodo por contradecir sus gustos y costumbres, ha decidido internamente hacer caso omiso a lo que su médico le explica detalladamente y con suma paciencia, el paciente, por educación permanece en su silla, aunque su mente ya está en camino a casa. Al observar esta hipotética situación en forma global bajo este contexto, nos percatamos que se encuentra sentado sin apoyarse completamente en el respaldo

de la silla, sujetando los brazos con las manos y con los codos despegados de la misma, inicia un movimiento incesante de las piernas en forma de pequeños saltitos rítmicamente entre sus piernas, apoyado sobre la punta de los pies, y con el torso cada vez más inclinado para adelante y a pesar de mirar con atención a su médico y asentir con la cabeza cada frase, el muro creado por su inconsciente es evidenciado en forma muy importante por sus piernas.

El cruce de piernas, así como de brazos enfatizados anteriormente hablan de un paciente cerrado en una actitud mayoritariamente negativa, aunque la misma puede ser dinámica, empezando así y terminando en una posición abierta denotando mayor apertura y confianza o viceversa.

Como herramienta inicial es entender la actitud inconscientemente transmitida para luego entablar una estrategia para lograr una apertura.

### ***Las piernas:***

- a) Piernas cruzadas estilo europeo: esta es en la cual se cruza una pierna sobre la otra apoyando totalmente los muslos y las rodillas, es la típica pose estereotipada del caballero inglés tomando el té, si aparte de ésta un paciente cruza sus brazos es prácticamente imposible que acepte nuestro mensaje en ese momento.
- b) Piernas Cruzadas estilo americano: también llamada figura en 4, es en donde los muslos se encuentran separados y el entrecruzamiento se produce a la altura de la rodilla con el tobillo contralateral, es una posición que indica la predisposición al debate con actitud competitiva, con cierto dejo a no seguir una directiva de forma sumisa.
- c) Piernas cruzadas sostenidas por ambos brazos: en esta la posición anterior se ve complementada con ambas manos sosteniendo la pierna elevada con una mano próxima al tobillo y otra a la rodilla. Con esto se configura una actitud fuertemente cerrada, con obstinación y tozudez ante otros argumentos que no sean suyos.
- d) Cruzando los tobillos debajo de la silla: tras este gesto se transmite una inseguridad y retracción de la persona ante ciertos argumentos, distanciándose más de los mismos cuanto más para atrás se lleve los pies

Un mensaje claro en nuestra presentación es evidentemente el vestir, el cual nos brinda importantes informaciones en forma de lenguaje no verbal, evaluarlo sistemáticamente también nos brinda información no verbal a primera vista en cuestión de segundos, como la sonrisa o la postura de brazos y piernas.

### ***La psicología de la ropa.***

La ropa tiene una relación muy importante con la personalidad, reflejan gustos, tendencias e influencias, es la manera en la que nos mostramos a la sociedad y muchas veces se convierte en una carta de presentación a primera vista de fácil acceder.

Al observar la forma de vestir del paciente el médico puede generar una idea de su condición socioeconómica y cultural, lo que lo ubicará al nivel a equipararse en busca de una sintonía con el mismo en pro de crear un canal para la interacción fluida.

¿Qué información particular transmite el vestir?

Existen ciertas particularidades en el vestir, como el uso de determinados colores y sus combinaciones, así como el estado de las prendas y el cuidado de las formas, que brindan ciertas informaciones a primera vista, unos ejemplos de lo que se puede inferir en forma práctica son:

- a) Individuos que optan por colores sobrios, combinados con buen gusto, con mucho cuidado en la pulcritud y los detalles, reflejan rasgos de una personalidad obsesiva.
- b) Un individuo desaliñado, con poco interés en la combinación de colores con el uso predominantemente de tonos apagados con predominio del negro, habla de un estado emocional con tendencia al desinterés ya sea por estrés o a la misma depresión.
- c) Colores muy vívidos con estampados llamativos, cargados de accesorios brillantes como diciendo “aquí estoy” muchas veces se correlaciona con personalidades histriónicas con gran necesidad de atención.
- d) Ropas escotadas, bien entalladas y con muchos accesorios denotando buen gusto, con un alto costo, nos indica cierto grado de narcicismo latente, esto

apoyado en ciertas actitudes que ponen de manifiesto su presencia para no pasar desapercibida.

Si bien como todo esto no es una ciencia exacta y quizás muchas veces sea sólo el resultado de un día sin ropa limpia, o uno en el que no se prestó mucha importancia al vestir, debe interpretarse juntamente con otros aspectos como el lenguaje corporal y el contexto.

No se puede negar que “el vestir”, es también una carta de presentación ante el entorno y lo embebe a uno de una importante preponderancia, como el brillante ejecutivo que deja bien en claro su alto estatus con un elegante y costoso traje, esperando mínimamente un trato inicial en esos términos, o el militar que exige reconocimiento a partir de exhibir sus medallas en la solapa de su uniforme.

Es importante también tener presente las menciones que se hacen en los textos de psicología y psiquiatría del vestir del paciente, en patologías bien definidas como el trastorno obsesivo compulsivo, los estados bipolares ya sea en su fase maniática o depresiva entre otras.

La interpretación de la elección del tipo de ropa durante la consulta interpretada en el contexto de esta puede brindar pequeñas o grandes informaciones que suman a la hora de buscar un canal adecuado de comunicación con el paciente.

## **El lenguaje verbal**

Cuando el médico entabla una entrevista con su paciente, pone en juego la interacción de varios componentes del lenguaje verbal, los cuales muchas veces no son analizados lo suficientemente a raíz del desconocimiento en su estructura o la naturalidad en su uso diario, que lo priva de observaciones más profundas atentando contra la buena comunicación con su interlocutor.

Lograr optimizar el lenguaje verbal es prioritario en términos de llegar a una buena comunicación que garantice transmitir y recibir la información deseada, la forma más sencilla de perfeccionarla es identificar los elementos que hacen a su estructura como:

- a) el emisor que es constituido por el paciente,
- b) el mensaje o contenido basado principalmente en lo que concierne al motivo de su consulta y los distintos matices que presenta.

c) el receptor configurado por el médico.

Existe un constante intercambio de roles en forma dinámica que nace a partir del emisor que envía un mensaje o contenido dirigido al receptor, este lo procesa, y entabla una respuesta asumiendo el papel de emisor iniciando el circuito en forma inversa. Esta habilidad de manejar los tiempos y el papel en una conversación es un pilar fundamental en éste continuo feedback, éste es un punto considerado crucial por muchos expertos en comunicación y tratado a profundidad por los célebres periodistas Ismael Cala y Camilo Cruz en su libro “La comunicación”.

Otro punto para considerar sobre el lenguaje es la actitud asumida durante una entrevista, en donde podemos tomar una postura activa o pasiva, en la primera se tiende a cumplir todos los pasos de la comunicación con mucha atención en cada uno de sus elementos, con un análisis detallado de la información recibida en forma directa y aquella tácitamente impresa entre su contexto, todo en forma totalmente consciente. El segundo tipo es la actitud pasiva o inconsciente en forma automatizada que es propia de nuestra mente que filtra información tomando atajos para evitar una abrumadora sobrecarga de esta.

La forma más frecuente de la interacción verbal es una combinación de ambos componentes activo y pasivo. En la predominancia del uso pasivo se selecciona la información del medio generando una especie de tecla que pone en marcha una serie de respuestas pre estructuradas, realizadas en forma semiconsciente es decir sin mucho análisis, un ejemplo muy representativo de este tipo de actuar es algo que podemos verlo en la atención aplicada al conducir, en donde lo ponemos en marcha el motor y automáticamente apretamos mentalmente la tecla de “conducir” y se pone en juego una serie de conocimientos en forma semiconsciente como son los cambios de velocidades, saltando a la forma consciente o activa según necesidad, como por ejemplo ante una maniobra riesgosa o al estacionar .

Cuando entablamos una conversación se alterna una actitud activa y pasiva en busca de optimizar el intercambio de información a expensas de la probabilidad de saltarse información en dicho proceso, más aún cuando la evolución hizo que tengamos una afinidad especial por la automatización, es decir una actitud pasiva, motivo que analizaremos en otro capítulo.

Si examinamos a estos componentes del lenguaje y se toma conciencia de la manera en que se automatiza ciertas respuestas, se podría eventualmente identificar la “tecla” disparadora y se lograría desactivarla a voluntad, buscando tomar una

posición más activa, logrando así enfocar la atención en muchos detalles de la comunicación, y por ende se podría enriquecer notablemente la calidad de esta al sumar muchos más datos que a veces se pasa por alto.

El médico con una posición predominante pasiva en una consulta se pierde lo que tácitamente la persona del otro lado del escritorio está comunicando, aquello que está implícito en el contexto más allá del contenido en sí de su mensaje. Un ejemplo de ello es perderse del impacto de una determinada dolencia en la vida de su paciente, el compromiso que presenta para la resolución de dolencia, la probable adherencia al tratamiento dispuesto a adoptar, o las situaciones que pudieran desencadenar o agravar determinada patología.

Prestar una atención activa a los detalles en el discurso del paciente también permite llegar a captar grandes pistas sobre su personalidad y las implicancias para tener en cuenta en la manera de cómo encarar una situación en base a las mismas, datos que podrían sumar con un peso inusitado en el resultado de nuestros objetivos a punto de partida del interés demostrado a su persona.

### ***Emisor o paciente.***

El profesional de la salud debe analizar ciertos aspectos puntuales del lenguaje verbal de su paciente, no sólo, “como lo dice” y lo “que dice”, sino también debe incluir aspectos del hablar como el tono, volumen, cadencia y los gestos presentes durante el mismo, así como las inflexiones que imprime a su narrativa.

Si se evalúa sistemáticamente los puntos más sobresalientes del lenguaje verbal, se encontraría elementos sumamente interesantes como por ejemplo que:

- a) Un volumen pronunciado al hablar es característico de personalidades extrovertidas, autoritarias y muchas veces avasallantes, en contrapartida el hablar bajo también podría ser propia de personalidades introvertidas, con una marcada timidez o en el peor de los casos la expresión de una actitud negativa ante la consulta; esto como todo lo expuesto hasta ahora deben ser siempre interpretadas en el contexto de probables causas específicas como patologías orgánicas o funcionales, como sería la hipoacusia por otosclerosis en los ancianos que los llevaría a un aumento del volumen de su voz.
- b) El tono de voz no es menos importante, siendo muy orientativas a patologías concomitantes como la voz gangosa de las afecciones del tracto

respiratorio superior, la voz grave descrita en la acromegalia, la ronca de las patologías de laringe o la tartamudez que es el reflejo de profundas afecciones psicológicas.

- c) La velocidad al hablar aporta información del tipo de personalidad del paciente, por ejemplo, en estados de ansiedad en donde existe una marcada velocidad al hablar, superponiendo palabras incluso con una pobre articulación de estas, dificultando su interpretación.  
Una lentitud al hablar, por lo contrario, puede reflejar una bradipsiquia de distintas etiologías, como la de un estado depresivo latente, u otros desordenes psiquiátricos o de índole orgánico.
- d) También es importante evaluar los tics, identificando los temas o las circunstancias que propician o incrementan su manifestación, así como su atenuación o desaparición, esto puede constituirse en un termómetro durante la entrevista en relación con la confianza y la seguridad que se le trasmite al paciente.
- e) Un tópico muchas veces muy evidente en la consulta, pero sin la valoración suficiente suele ser el acento al hablar, propio de una determinada región o país, este tópico nos podría proporcionar una idea de los usos y costumbres del paciente a partir de su origen, ya sea en términos de su alimentación, el consumo de bebidas alcohólicas o el mismo temperamento. En este ámbito es importante también el valorar el uso de la jerga al hablar, la cual brinda una idea del tipo de interacciones y el nivel socio económico de donde proviene el paciente, dato que proporciona el contexto en el cual se desenvuelve en su vida diaria.

### ***El mensaje o contenido.***

Durante la anamnesis a los pacientes el médico muestra una disciplina adquirida durante sus años de formación para la práctica, manifiesta en la sistemática del abordaje e investigación de los distintos síntomas y signos que condujeron al motivo de consulta o internación, sin embargo, la información provista por el paciente no cumple con la pureza con la que se narra en los libros de texto o la simplificación práctica del instructor médico en este ámbito. En este contexto de realidad práctica es de considerar que todo lo expuesto por el paciente en su

narrativa durante la entrevista, siempre estará bajo los matices propios de la percepción de su realidad a través de sus sentidos y filtrados por sus ideas, generando su “verdad” sobre lo que le toca vivir.

Por tanto, cuando el médico procede a la recolección de datos en la consulta, siempre debe considerar toda la esfera psicológica del paciente para poder entender los “matices” que imprime a su relato, la cual estará conformada en base a la integración de los conocimientos adquiridos, con experiencias propias o de segundos en una situación similar y las características subjetivas de su persona, generando así información sobre su dolencia, esto es lo que la psicología clínica define como cognición.

La cognición, definida en forma simple es la manera en que se percibe el mundo a partir de los sentidos y es procesada en la mente, con datos preexistentes correctos o no, influyendo en la conducta humana a partir de la generación de ideas nuevas al respecto de una situación, y consecuentemente crea sentimientos sobre la misma que conducen a la toma de una actitud.

Esto expuesto sobre la cognición ya fue descrito antes de cristo por el filósofo estoico Epicteto, quien acuñó la célebre cita “no es lo que realmente pasa en la vida lo que afecta a las personas, sino lo que ellas se dicen a sí mismas al respecto de lo que les pasa”, tanta trascendencia tuvo las ideas del mentado filósofo que existe en nuestros días toda una prestigiosa escuela psicológica denominada Cognitiva Conductual creada alrededor de los años 1950 por Piaget y Vogtsky.

Como ejemplo de la percepción cognitiva de un paciente, podríamos analizar su actitud ante una cirugía de puentes coronarios, en primer término, recibe la información de la necesidad de esta, lo procesa en su interior con los conocimientos y experiencias previas sobre este tema, los cuales considera como verdades. Esto podría llevar a que en la profundidad de su mente se realice una confrontación entre la situación real que le toca vivir y sus creencias preexistentes, como, -“las cirugías son muy complejas y peligrosas”, “ muchas personas mueren en ese tipo de cirugías”, “mi tío vivió hasta los 90 años tras que los doctores le dijeron algo similar”, “los doctores no son dueños de la verdad”-; estas confrontaciones internas de creencias y realidades, motivan una conducta la cual en su forma más negativa lo lleva a postergar su decisión, producto del peso de estas creencias que generaron sentimientos negativos al respecto de una necesidad, esto se define como *distorsión cognitiva*, que en sí es un error en el procesamiento de

la información a partir de su percepción. Así es como en esta situación hipotética a raíz de este fenómeno descrito, el paciente realiza una evaluación de su realidad en base a las creencias previas sobre “la cirugía”, llevándolo consecuente a la generación de sentimientos de índole negativa como el miedo, que pudiera motivar a una determinada conducta viciada que atenta contra su salud, a pesar de que paradójicamente todos sus pensamientos y actuar sea sin dudas es la salvaguarda de su integridad.

Identificar y considerar estas distorsiones cognitivas incluidas en el mensaje es el deber del médico para poder entender cómo vive el paciente su patología, la importancia que le da a sus síntomas, e intuir su eventual compromiso con la terapéutica a entablar.

**Las distorsiones cognitivas más frecuentes descritas por los psicólogos** Yurica y Di Tomasso (2004) son:

- 1- La generalización: por la cual se asume que una situación se vuelve regla para todo, “sin excepción los médicos exageran las enfermedades y crean un miedo innecesario”.
- 2- Inferencia arbitraria: es llegar a conclusiones negativas sin elementos que la puedan abalar lo suficiente, “tengo palpitaciones, posiblemente sea una arritmia”.
- 3- Catastrofismo: es cuando se evalúa una situación esperando el peor resultado posible, “esta puntada en mi pecho quizás sea un infarto, todos en mi familia murieron de infarto, quizás ya este llegando mi hora”
- 4- Comparación: es cuando uno compara su realidad con la de las demás personas, pero obteniendo peores resultados, “mi vecina tomó un medicamento que le hincho los tobillos y luego se internó, mi médico me recetó lo mismo, ¿seguro me hará tanto mal como a ella?”
- 5- Pensamiento dicotómico: es cuando el pensamiento se vuelve en blanco o negro, sin escala de grises, “el médico me dijo que este medicamento solo controlaría los síntomas, entonces lo abandoné, porque debería curarme o me matarme”.

- 6- Descalificar lo positivo: Cuando se descalifica experiencias o rasgos, con un marcado pesimismo, “ya estoy sin síntomas, pero no estoy como quiero estar”
- 7- Razonamiento emocional: cuando las opiniones son formadas sobre uno mismo basándose solo en experiencias previas, “no acudo a la consulta porque este dolor siempre que lo padecí desapareció solo con quedarme quieto”
- 8- Adivinación: es anticiparse a los hechos en base a algunos elementos disponibles, “si consulto al médico por dolor de pecho, seguro me piden cateterismo”.
- 9- Etiquetado: cada persona se “etiqueta” a si misma o a los demás en forma peyorativa, buscando simplificar las complejas características de la personalidad, con solo “soy miedosa”, “soy enfermiza”, “es un aprovechador”, “es muy llorón”.
- 10- Magnificación: en este tipo de distorsión cognitiva las personas tienden a exagerar los hechos, “me duele la cabeza, quizás tenga un aneurisma como mi prima”
- 11- Leer la mente: cuando una persona tiende a imaginar los probables pensamientos de otras personas, “esa gente está pensando que soy una loca por consultar con la psiquiatra”
- 12- Minimización: es quitar lo importante a unos sucesos, “solo tuve un pico de 220/100 mmHg de presión, solo debo comer sin sal y ya”
- 13- Perfeccionismo: es cuando se realiza un esfuerzo constante en lograr en pensamientos o actuar una perfección fuera de la esfera de la realidad, “yo no me enfermo nunca, siempre estoy saludable, no necesito controles”
- 14- Personalización: cuando se asume una causalidad del actuar de una persona sin que haya evidencia que lo apoye, es una forma de considerarse centro de la vida de los demás, “esta enfermera me llamo la atención por mi sobrepeso, es solo porque no le caigo bien”

- 15- Abstracción selectiva: es focalizarse solo en un aspecto, detalle o situación negativa, obviando todo lo demás, “tras mi infarto me pusieron varios puentes, ya estoy bien, pero la medicación que debo tomar es un calvario”
- 16- Debería: es la idea de que tenemos de cómo deberían darse los hechos, “las recepcionistas deberían organizar los pacientes por la distancia de sus hogares”, “mi familia debería estar más pendiente de mí”

### ***El receptor.***

El cual está constituido en principio por el médico, el mismo debe manifestar una serie de actitudes afables y una predisposición a la escucha activa que lo convierta en un digno y confiable destinatario de confidencias por parte de su paciente. Su análisis se estudiará a profundidad en el siguiente capítulo.

### ***El banco de niebla.***

En determinadas situaciones en la consulta al entablar la anamnesis el médico se encuentra con una serie de síntomas y signos que parecieran desconexos pero que terminan por configurar una enfermedad, esta identificada y diagnosticada a partir de la experiencia y perspicacia de un médico perspicaz y de mucho rodaje, por ejemplo, un paciente de sexo femenino de 45 años consulta: - doctor, estoy tomando toda la medicación para la presión arterial que Ud. me prescribió, y la misma se mantuvo en valores normales con dos aumentos hasta 140/100 mmHg, se me presentaron en dos oportunidades, en mi trabajo y en la reunión del consorcio del edificio, sé que mayormente tengo 120/80 mmHg pero cuando me sube la presión, las palpitaciones, la falta de aire me hacen correr a ambientes abiertos en donde puedo respirar mejor y consecuentemente baja mi presión, tampoco puedo dormir muy bien y el cansancio me agobia, realmente me preocupa.

Existen síntomas que muchas veces los galenos lo toman como anexos, fuera de la línea del problema a tratar. Para explicarlo con el ejemplo anterior, lo frecuente sería que el médico solo se enfoque en la crisis hipertensiva y se limite a actuar en consecuencia, tomando los demás síntomas como un estado de ansiedad propio del contexto de la hipertensión, sin embargo, al detenerse a analizarlos en detalle, principalmente en lo referente a las circunstancias de su aparición, se percataría

que casi siempre se da en situaciones potencialmente estresantes, esto asociado a las palpitaciones y la falta de aire en ambientes cerrados, sería información suficiente para el diagnóstico de una eventual crisis de pánico, que no solo configura un síntoma capital para un estado de ansiedad crónica o una depresión leve, sino que podría ser el gatillo de la crisis hipertensiva en sí.

Muchos otros ejemplos se podrían citar de síntomas de estados de ansiedad que emulan a los presentes en patologías cardiovasculares, como las palpitaciones, la falta de aire, el dolor punzante en el tórax, entre otros. Es en este punto en donde las manifestaciones de estados de ansiedad se convierten en un banco de niebla que envuelve a los datos recogidos en el interrogatorio, lo cual debemos identificar en términos de causalidad o concomitancia.

En el mundo de la cardiología existe una gran relación entre los estados de ansiedad y depresión que se hace más presente cuanto más limitante o de mayor complejidad sea la patología cardiovascular padecida, esto nos obliga a considerar siempre estos síntomas más allá de una visión únicamente física a considerar también un aspecto psicológico y un contexto social.

### ***Resumen***

- Identificar la carga emocional detrás de cada consulta lleva al médico a tomar una actitud empática que crea un ambiente propicio para el dialogo franco, profundo y revelador con el paciente en busca de mayor cantidad de información para la resolución del problema que lo aqueja.
- Los diagnósticos se construyen a partir de una eficiente recopilación de datos, considerando todos los aspectos de la esfera vital del paciente para consecuentemente llevarlos al análisis y la generación de hipótesis diagnósticas para la confirmación con estudios complementarios.
- Una buena práctica médica se cimienta en una evaluación integral del paciente, en lo referente a su patología y todo lo que hace a su persona y sus circunstancias. No solo una historia clínica académica es importante para un buen diagnóstico.

- En la conversación con el paciente es importante tener en cuenta que el mayor porcentaje de información proviene del lenguaje no verbal. “La regla 7-38-55”.
- Tener una primera impresión de la actitud de un paciente al iniciar una consulta ya sea dominante, sumisa o de igualdad da una idea del tenor con la cual el médico interactuará, al presentarse comprensivos, con un trato de igual a igual o dejando claro que no se posicionan con una actitud autoritaria.
- La postura del paciente que denota una actitud cerrada es un claro obstáculo para lograr una buena comunicación, vencer esta condición es el punto de partida para una buena interacción, fructífera en términos de información que nos ayude a la elaboración de datos a ser analizados para la configuración de hipótesis diagnósticas.
- La interpretación de la elección del tipo de ropa en el contexto de la consulta puede brindar pequeñas o grandes informaciones que suman a la hora de buscar un canal adecuado de comunicación con el paciente.
- Observar atentamente la postura del paciente, sus ademanes y gestos, con interés en todos los por menores de su narrativa, enriquece notoriamente la anamnesis del paciente, lo que lleva al médico a comprender como vive su enfermedad y por sobre todo a crear un vínculo de confianza al entender como empatizar con él.

***Comentario.*** Dra Estela Torres

*La actitud del médico en la consulta.*

La decisión de ir a la consulta médica, genera en el paciente diferentes emociones, como angustia, miedo a lo desconocido, o tener certeza de padecer alguna enfermedad. Por ello es de vital importancia el primer contacto entre el médico y el paciente a fin de generar empatía, transmitir confianza y tranquilidad al paciente; quien debe expresarse con la mayor precisión posible no solamente en lo referente a sus signos, síntomas sino también sus emociones, a fin de que el médico pueda visualizar en forma íntegra su dolencia.

El médico debe respetar los tiempos del paciente, hablar con un lenguaje simple, cotidiano, en el idioma en el cuál el paciente pueda expresarse y entender mejor. Por ejemplo, en los hospitales públicos y también en el ámbito privado en el Paraguay, es muy frecuente que muchos pacientes se comuniquen mejor en guaraní. Alguien dijo alguna vez que el paraguayo siente y sufre en guaraní, por ello es de vital importancia que él profesional se comunique en el mismo idioma.

### *La primera impresión*

El primer contacto entre el profesional y el paciente es un momento crucial para lograr esa anhelada relación médico paciente, que facilitará cumplir con el objetivo tanto del individuo que busca ayuda, como la del médico que busca ayudarlo. No debemos olvidar que aún con los grandes avances tecnológicos de la época actual, la relación médico paciente sigue siendo una herramienta fundamental para llegar al diagnóstico aun siendo este difícil.

### *La empatía con el paciente*

Lograr empatía con el paciente, es uno de los más grandes desafíos de la medicina actual, el médico con frecuencia se encuentra con una gran carga de trabajo, con los minutos contados para asistir a los numerosos pacientes que le han asignado, debiendo hacer uso no solamente de sus conocimientos científicos y de su experiencia, para que en pocos minutos pueda lograr, captar la confianza del paciente, para que esté logre transmitir feacientemente su dolencia, y así realizar una hipótesis diagnóstica, para posteriormente confirmarla y entablar una terapeutica.

Es primordial que el médico en estos pocos minutos pueda demostrar al paciente su interés, facilitando de esta manera alcanzar la confianza del mismo para lograr que pueda compartir con espontaneidad todos los aspectos médicos que lo traen a la consulta.

Un tips en este sentido es iniciar la consulta con un saludo acompañado de una sonrisa, es una estrategia efectiva que disminuye la ansiedad tanto del médico como del individuo que acude solicitando ayuda, un consejo, lograr el contacto físico como en el gesto de buscar el pulso radial ayuda de sobremanera, hacen que la

relación médico paciente se inicie en un ambiente cálido, de confianza que favorece el relato preciso el motivo de la consulta.

### *El interrogatorio.*

El interrogatorio es el inicio de la relación del médico con el paciente, en el cual, el enfermo constituye el gran protagonista de este momento único, donde el profesional debe poner énfasis en los aspectos relevantes que la persona pueda referir. Es necesario incluir todos los hechos de la vida del paciente que pudieran tener alguna implicancia clínica, para orientar hacia el diagnóstico adecuado. Desde tiempos inmemoriales se dice que la medicina es "ciencia y arte", esta frase tiene una explicación muy simple, a su componente arte, ya que cada ser humano es diferente, no existe un solo individuo igual a otro al aplicar la metódica ciencia.

La entrevista permite al médico la oportunidad de evaluar como el paciente percibe su patología, las expectativas que tiene del médico y del sistema de salud. Es importante siempre hacer énfasis en la confidencialidad de la información obtenida.

### ***Comentario:*** Dr. Milciades Daniel Canteros

#### *El médico y su capacidad de observar.*

A través de la práctica cotidiana, el médico va perfeccionando el método de observación, no sólo del paciente en sí, dentro del consultorio, sino que su vivencia en el mundo que le rodea; aquí se intenta entender cómo una persona se desenvuelve en su ambiente cercano (capaz de modificarlo para su provecho) y cómo se adapta al mundo fuera del alcance "imaginario" (donde no puede ejercer control de lo que ocurra); en este ambiente cercano, se maneja de una manera que pudiera ser diferente a la del mundo exterior.

Todo esto ya debe ser observable por el médico o evaluador, sin necesidad de siquiera orientar un interrogatorio para ello; la vestimenta, la marcha, la postura en la sala de espera, actitud ante el llamado para ingresar a la consulta, son indicadores que ayudan a entender más al sujeto; el médico debe tomarse el tiempo de salir fuera del consultorio a "llamar" al paciente (mejor sería dicho "convocarlo o invitarlo" a ingresar a la oficina).

### *La incongruencia entre lo que es y lo que se ve en el paciente.*

El médico debe saber observar el lenguaje corporal, más allá de la simple postura; en salud mental son habituales los casos donde el paciente presenta una “incongruencia” del lenguaje corporal a lo que está sintiendo o “padeciendo”; esto es producto de la propia enfermedad, como se puede ver en las esquizofrenias o, en las más frecuentemente visible, depresiones endógenas; en estas la conducta de la persona puede diferir completamente de lo que realmente siente, como ser el caso de Robin Williams, quien padecía de depresión y se suicidó, como parte de una complicación de la enfermedad; todos veíamos como siempre sonreía y nadie, sin saber de su problema mental, imaginaría que llegaría a ese extremo.

La conducta de John Nash, magistralmente actuada en la película “Una mente brillante”, es otro ejemplo de esta incongruencia, a tener en cuenta al momento de la evaluación por el médico.

### *La comunicación corporal.*

Con las nuevas formas de comunicación en esta actualidad, en donde el apretón de manos no es recomendada, por el azote de la pandemia por coronavirus, es de evaluar igualmente los saludos menos convencionales a nuestra sociedad, como por ejemplo los orientales que saludan con una reverencia, que expresa el grado de respeto que se tiene hacia el semejante, una reverencia tanto mayor ante una persona considerada superior o inclusive dar la espalda como muestra de desprecio.

La sonrisa como saludo inicial del médico es sumamente importante, puesto que genera confianza en el paciente, casi siempre temeroso al ver a la persona con bata blanca frente a él; “la risa es contagiosa” dice el refrán, aún en las situaciones menos graciosas.

### *Las defensas del paciente.*

Habitualmente el paciente acude con una actitud defensiva, puesto que deberá “desnudarse” ante el médico, a quien debe confesar todos sus “males”, con la intención de curar sus padecimientos; el buen médico debe ser capaz de entender la actitud defensiva y lograr que el paciente se “abra” ante él; que cambie sus posturas de brazos cruzados o de piernas cruzadas; algunas veces funciona el asumir la misma postura que el paciente, ‘técnica del espejo’, para mostrarle su actitud durante la entrevista y de tal manera intentar que, dándose cuenta de ello, cambie y colabore más.

*No juzgues a un libro por su tapa, pero....*

El atuendo del médico ha sido asociado con su status de “Dios”, el que lo sabe todo, con actitud paternalista y a veces, distante de la realidad del paciente.

El médico debe asumir su función de “curar” a la persona, sin tener en cuenta su atuendo; debe ser capaz de “salirse” de él, empatizar con el paciente y así obtendrá más información, necesaria para el correcto diagnóstico.

Asimismo el médico debe entender la ropa del paciente como un escudo, una protección, no solo del medio exterior, sino de sus propios temores o miedos; se preguntará “¿qué ropas serán mejores para ir a consultar?”, pues siempre queremos dar una buena impresión ante terceros, aún en la enfermedad. Por ello, el médico debe ver más allá de esto, o comprender el por qué usa tal o cual vestimenta; incluso entender que ciertos colores pueden no representar a la persona como es realmente

*El Interrogatorio.*

Conducir el interrogatorio, por parte del médico, es útil para demostrar la organización de la “consulta”; muchas veces no se puede hacer este conversatorio dirigido, por causas ajenas al entrevistador; por ello es bueno tener una estructura de cómo realizar la entrevista, conforme la especialidad de cada médico; la amnanesis objetiva o subjetiva dependerá del momento en que se encuentra el paciente, más que el médico; en el consultorio ambulatorio, de primera vez, es importante la sistematización de obtención de datos personales del paciente, para iniciar la exploración y observación que guiará posteriormente a obtener datos subjetivos orientadores del diagnóstico.

En nuestro país, Paraguay, bilingüe, es necesaria la comunicación en ambos idiomas; el médico que no sepa guarani no debería ejercer siquiera; aún el más rico, económicamente, utiliza el guarani para expresar sus dolencias, mucho más descriptivas, que el español, más “científico” y, a veces, complicado.

El py’á ruru expresa, por ejemplo, un síntoma y hasta una enfermedad, la gastritis, la cual no puede ser expresada en términos tan sencillos como lo es en el idioma nativo.

El propio interrogatorio en guarani puede facilitar el diagnóstico de una enfermedad, no solo por el hecho de la conversación en este idioma, sino que la descripción de signos y síntomas, el inicio, la evolución y hasta la mejoría de la misma.

#### *Distorsiones cognitivas.*

Estas distorsiones son habituales de ver; el médico tendrá que distinguir y orientar al paciente para modificar dichas percepciones o distorsiones; ello se produce reconociendo las mismas y actuando conforme vayan apareciendo durante la entrevista; así también el médico debe saber cómo actuar ante cada situación; muchas veces la confrontación inicial no es recomendable, siendo útil una vez que se haya generado un vínculo adecuado entre médico y paciente; al comienzo funciona el “seguir la corriente” para obtener mayor información y, una vez resuelta la disquisición diagnóstica, si cambiar hacia ello.

#### *El verdadero médico, su visión multidimensional.*

Una actitud habitual del médico es el de pensar en una alteración orgánica expresada en algún síntoma “sine qua non” o en algún estudio auxiliar del diagnóstico para llegar al causal de la molestia del paciente; se ha perdido la clínica como soberana, en esta mecánica tristemente aceptada y rígida.

Es imprescindible enseñar a “expandir” la mente del médico en la entrevista; a no cerrarse a ver a la persona en frente solo como un enfermo, producto de una anomalía circunscripta a un órgano o sistema en particular, cuando que, es más frecuente, que el signo o síntoma que describe el paciente forma parte de un síndrome, al cual el médico deberá buscar, mediante el análisis de más datos para

construir el diagnóstico, el cual es la denominación con “nombre y apellido” de la enfermedad.

Esta visión multidimensional del médico hacia el paciente es necesaria para obtener mejor información, más calidad y un diagnóstico más certero.

Tal vez la telemedicina ayude a mejorar la posibilidad de acceso a la atención sanitaria, pero deberá ampliarse para poder adaptarla a esta visión, pues con aquella se pueden perder muchos detalles, hasta confirmatorios, de la enfermedad.

### ***Lecturas recomendadas.***

1. Albert Mehrabian. Nonverbal Communication. 2ª edición. Editorial Aldine Transaction. Chicago. 2007.
2. Allan y Bárbara Pease. El lenguaje del cuerpo. 1ª edición. Editorial Ammat. Barcelona. 2006.
3. Alexa Mohl. El Aprendiz de Brujo. PNL. Manual de ejercicios prácticos de la Programación Neurolingüística. 4ª edición. Editorial Sirio S.A. Argentina. 2002.
4. Arturo Bados López. Trastorno de ansiedad generalizada. 1ª edición. Editorial Síntesis. España. 2015.
5. Dale Carnegie. El camino fácil y rápido para hablar eficazmente. 45 edición. Editorial Sudamericana. Argentina. 2012.
6. Glenn O'Brien. Guía de estilo y comportamiento para el caballero moderno. 1ª edición. Editorial Océano. España 2014.
7. María Konnikova. ¿Cómo pensar como Sherlock Holmes?. 1ª edición. España. Editorial Planeta, S.A. 2013.
8. Nicolás Hernández Lira, Juan de la Cruz Sánchez. Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud. 1ª edición. Libros en Red. 2007.
9. Ismael Cala, Camilo Cruz. Las dos caras de la comunicación. 1ª edición. Editorial Taller del éxito. U.S.A. 2010.
10. Ortega y Gasset. Meditaciones de Don Quijote. 2ª edición. España. Editorial Caterdea. 2005.



## CAPÍTULO II



# EN LOS ZAPATOS DEL PACIENTE

“Trata de comprender antes de ser comprendido”.

Steven Covey.

## *Medicina: ciencia, arte y humanismo*

La medicina como tal siempre ha sido definida como “ciencia y arte”, ciencia desde la incorporación del método científico como pilar de su práctica, y arte por la necesidad de múltiples habilidades en el abordaje inicial y manejo del paciente en toda su complejidad.

Un aspecto algo relegado de la medicina en los últimas décadas, es la necesidad de tender un puente con el prójimo, a pesar de ser un requisito algo tanto más que obvio considerando que se trabaja con humanos, esto en las reflexiones del Dr. Álvaro Díaz Berenguer en su obra *¿Por qué la medicina sigue siendo un arte?*, en donde el citado autor hace gran énfasis a que ser médico va mucho más allá de un cúmulo de conocimientos técnicos y prácticos, refiriéndose a la necesidad imprescindible de desarrollar una conexión auténtica con el paciente, buscando un manejo lo más próximo posible a la perfección del componente humano, en pro de facilitar una hábil aplicación de los conocimientos médicos acorde a las necesidades de cada paciente.

En la misma línea de pensamiento podemos citar a la Dra. Lidia Ortiz Cuquejo, en lo referente a lo plasmado en su trabajo publicado bajo el título “El humanismo en la medicina”, en donde define a este componente humano textualmente como: un conjunto de valores, actitudes y prácticas que promueven una auténtica vocación de servicio, y lleva a considerar al paciente como un semejante que sufre y solicita alivio.

El humanismo como corriente de pensamiento, no sólo promueve el afecto, el apoyo, el respeto y la solidaridad para con el paciente, sino que también facilita su mayor cooperación al conocerlo mejor, lo que consecuentemente logra el poder de brindarle una ayuda más efectiva acorde a sus penurias. Esto es una visión no solamente revestida de la pureza propia del fin último de la medicina, sino también de un método muy efectivo para crear un canal irrestricto de datos para la construcción de un éxito asistencial de excelencia.

Para ilustrar lo anteriormente expuesto recordemos un fragmento de la célebre entrevista a uno de los máximos exponentes del humanismo en la medicina, al Dr. Gregorio Marañón (1887-1960), prestigioso médico español y consagrado representante de la corriente humanista de la medicina:

Reportero: - ¿Dr. desde su punto de vista cuál es el avance más importante realizado hasta la actualidad en el plano de la medicina?

Dr. Gregorio Marañón: - es sin lugar a duda la “silla”, por que puso al mismo nivel al médico y al paciente, haciendo más amena y fructuosa la interacción entre ambos, logrando así entender lo que el enfermo siente, como vive su enfermedad y como se relaciona con ella.

Es necesario concebir que centrarse solamente en los protocolos científicos para la práctica médica, sin tomar en consideración el componente humano es un gran error en la que muchos jóvenes médicos son arrastrados en estas últimas décadas, segados por la luz de los grandes avances de la tecnología que tiende a distanciarlo del paciente, así como la premura que el sistema actual les impone en términos de capacidad resolutive, que los convierte paulatinamente en autómatas encasilladores a patologías y prescriptores reactivos.

Este velo invisible de frialdad ante el paciente, se acrecienta ante la realidad de que los grandes referentes de la medicina en la actualidad pasaron a ser los investigadores, con grandes contribuciones científicas y espectaculares disertaciones para la industria fármaco-tecnológica, que se convirtieron para el joven médico en un modelo a seguir en busca del éxito profesional, inclinando sus intereses a una visión puramente técnica en detrimento de los aspectos humanos que hacen al trato con los pacientes. Es de aclarar que todo esto es totalmente válido si el neófito médico elige la investigación o la práctica de métodos diagnósticos como pilar de su carrera, es más, ¿quién los culparía?, ya que no existe premio Nobel a la mejor atención médica, ni se logra los grandes ingresos económicos por buenos diagnósticos, lo cual, si es posible en el uso de tecnología médica de punta en los pacientes, más en este mundo con marcado consumismo.

Sin embargo, si el camino elegido a seguir es el asistencialismo, es sumamente importante equilibrar los conocimientos científicos con los aspectos que hacen al buen trato con el ser humano, y para ello desarrollar ciertas herramientas para lograrlo es imprescindible, como por ejemplo la empatía, la cual es innata en algunos médicos o es el resultado de años de práctica asistencial con aciertos y

errores en otros. El asistencialismo como tal, exige al humanismo como el marco para su práctica.

### ***La interacción social.***

La empatía en sus muchas observaciones es unánimemente concebida como la intención genuina y manifiesta por comprender los sentimientos y las emociones de los demás, en la búsqueda de experimentarlo en forma legítima y racional. Esta definición la podemos expresar en forma más sencilla como, “el ponerse en los zapatos de los demás”, es de incluir en su concepción que la empatía siempre se cimienta en valores éticos y morales en todas sus acepciones.

Ser empático no es lo mismo que ser simpático ya que esto segundo es un sentimiento de afinidad que atrae e identifica a las personas, generando una alianza tácita y armónica, por lo general lleva al interlocutor en este caso paciente, al veredicto de “me cae bien”, mientras que la empatía podría lograr realmente un “me comprende”, y esto conduce a la apertura de una relación médico-paciente sólida en términos de confianza, dicho de otra manera, la simpatía es como una carta de presentación para lograr una conexión con el paciente a través de la empatía.

Las personas empáticas se caracterizan por generar fácilmente relaciones sanas a partir de un sentimiento de afinidad, logran identificarse con los demás a partir de su predisposición a escucharlas activamente, entender sus problemas y emociones, logrando así una conexión inmediata y profunda. El contacto con personas empáticas genera placer, alegría y satisfacción, que muchas veces hace que solo el charlar con ellas ya sea un alivio a muchos pesares.

Otro concepto también relacionado con la empatía es el asertividad, es decir la habilidad de expresar en el momento propicio y de manera apropiada las ideas y sensaciones, tanto positivas como negativas en situaciones puntuales. Es una herramienta sumamente útil en las entrevistas del médico con sus pacientes, al momento de transmitirle información en distintos momentos de la interacción terapéutica, lastimosamente es la primera en ser afectada por la sobrecarga de trabajo del médico, así como los otros problemas de la esfera personal del mismo. La falta de asertividad por parte del médico, o el no entender que la ausencia de esta en su paciente a raíz de distintas circunstancias crea muchas veces una muralla infranqueable que atenta en contra del éxito terapéutico.

Si bien la simpatía y el asertividad no son lo mismo, son fundamentales para lograr la empatía, y dentro de la profesión médica se vuelven indispensable para iniciar un buen relacionamiento, que logre precozmente un vínculo de confianza. Si bien, el poseer estas cualidades en muchas personas es innata, también se puede aprender a lo largo de la carrera médica, y ponerla en práctica, en busca de la excelencia en el manejo del paciente.

Daniel Goleman en su libro “EMPATIA” de la colección de Harvard Business 2018 agrega un importante elemento a los ya subrayados, la “atención”, que proviene del latín attendere, que significa estirarse hacia el otro, lo que implica una atención plena al interaccionar, lo cual es el cimiento en la construcción de una relación empática.

Goleman describe en su citada obra una triada teórica a analizar en la conformación de la empatía:

- a. La empatía cognitiva: que es la capacidad de entender la perspectiva de otra persona, lo que espera en una determinada circunstancia, es el producto de pensar en los sentimientos del otro, más que en sentirlos.
- b. La empatía emocional: marcada por la capacidad de sentir lo que la otra persona siente. Lleva a sintonizar con otras personas evocando en nuestro cuerpo estados emocionales, literalmente a sentir lo mismo.
- c. Interés empático: entender lo que la otra persona espera de ti.

Es muy importante enfatizar que, si bien la empatía conecta al médico con su paciente, debe existir una cierta distancia emocional que lo ayudará a tomar decisiones más objetivas, ya que cayendo en la vorágine de sentimientos afines para con él, lo llevaría a perder toda objetividad posible, al mimetizarse en demasía con su persona, perdiendo la lucidez necesaria para la resolución de su dolencia.

### ***El resultado de la empatía en el consultorio:***

No es infrecuente escuchar hablar sobre algún médico tratante con expresiones como: “el simple hecho de hablar con mi médico ya me alivia”, “me comentan que este médico es muy bueno, pero me resulta distante y hasta antipático”, “mi madre

siempre me comenta que la palabra de su médico es ley”. Estos comentarios son el resultado de un buen relacionamiento médico paciente marcada por la apertura y la confianza, es decir marcado por la empatía.

Dale Carnegie, prolífico escritor norteamericano, asesor de presidentes y altos gerentes de multinacionales, siempre hacía alusión en sus conferencias a uno de sus grandes héroes, Abraham Lincoln; en su libro “Lincoln, el desconocido”, Carnegie narra un capítulo de su vida durante la guerra de secesión entre el norte y el sur, específicamente una conversación entre el espigado presidente, su esposa y sus colaboradores más allegados:

- “Sr. presidente, media nación se está manifestando abiertamente ante las incompetencias de nuestros generales, que uno tras otros ha demostrado su incapacidad para estar frente del Ejército del Potomac”.

A lo que el presidente Lincoln respondió con voz tranquila y conciliadora:

- “bueno evaluemos quien lo podría dirigir idóneamente, la mejor opción a mis ojos quizás lo sea Ulysses S. Grant”-,

Las críticas no se hicieron esperar en forma muy enérgica tras tal posibilidad mencionada por Lincoln, ya que los vicios y el desorden en ciertos ámbitos de su vida personal estigmatizaba a Grant.

- “Sr. presidente, no creemos que sea la mejor opción por los notables defectos en su carácter, específicamente en lo referente a su relación presunta con el alcohol”-

A lo cual nuevamente Lincoln responde con su característica tranquilidad y serenidad, mirando a la distancia por la ventana entre suspiros:

- “no juzguemos sino queremos ser juzgados”-

Al continuar la conversación, surgen nuevamente duros improperios contra los actos de los sureños por parte de los interlocutores de Lincoln, y consecuentemente los mismos solicitan un pronunciamiento en iguales términos, por lo cual se necesitaría un general con una capacidad incuestionable y Grant no es opción. Así que Lincoln los escucha atentamente y responde específicamente a su esposa:

- “no juzgues si no quieres ser juzgada” Entiende el potencial del hombre, sus fortalezas, virtudes y debilidades oculto a los ojos de quien no lo conocen.

Con el éxito del Ulysses Grant, logró ganar la guerra y el respeto de sus conciudadanos y hasta del bando perdedor, Lincoln demostró que no juzgar a los demás para empatizar con propios y extraños, lleva a conocer a las personas a tal profundidad que pudiéramos ver la luz y la oscuridad en ellas. Esta es una estrategia de grandes hombres.

Abraham Lincoln es retratado fielmente en esta obra que todos deberíamos tener en nuestra biblioteca, demostrando con innumerables ejemplos a lo largo de su vida, como éste simple y a la vez excepcional líder escuchó abiertamente, entendiendo a todos sus interlocutores y analizando las circunstancias a su alrededor en forma imparcial, con respuestas puntuales que transmitieron su manera de pensar, sin afectar a ninguna de las partes, esto es sin lugar a dudas un arma poderosa ante cualquier situación por más apremiante que sea.

### ***¿Cómo se logra aumentar la actitud empática?***

La actitud empática como ya se menciona, es un puente que vincula de una manera profunda, y esto es vital para acceder a todos los aspectos que hacen a la patología del paciente, es decir, a toda la información que surge a partir del acceso a la información que el paciente permite, en base a la confianza lograda.

Existen ciertas formas de cultivar la empatía para el uso en el consultorio, con la práctica de ciertos puntos descriptos a continuación:

- a. La escucha activa: Jack Zenger y Joseph Folkman consultores en relaciones interpersonales y liderazgo hacen alusión a que una buena escucha tiene ciertas prácticas fundamentales, las cuales podemos resumir en:
  - No interrumpir al paciente al hablar, y al hacerlo solo debe ser para preguntar específicamente datos que fomenten la comprensión, con la idea de establecer un feedback.
  - Una escucha atenta se puede transmitir mediante expresiones faciales y sonidos verbales (si, aja, mm, etc.) durante la conversación, lo que demuestra interés al paciente y aviva su interés en seguir charlando.
  - Parafrasear al paciente, hasta el punto de ser capaz de repetir lo que a dicho palabra por palabra sin lugar a duda hace sentirlo como alguien especial a quien todas sus ideas son escuchadas y evaluadas.

- Centrarse en el relato de la enfermedad al habla y no las propias preguntas internas.

- No centrarse en los errores de discurso, ya sea en forma o contenido ya que la idea de escuchar en el contexto de ayudarlo incluye el hecho de hacerlo sentir cómodo.

- Hacer solo sugerencias.

Otro punto por considerar para lograr la escucha activa, es hacer contacto visual con el paciente, pero no de una manera continua y sin parpadear, lo cual se tornaría inquietante, lo ideal sería un 80/20, es decir, mantener un contacto visual en el 80% del tiempo total de la conversación y el 20% desviarlo al hombro, oreja o apuntes.

b. Todos los puntos de vista son válidos: Siempre es importante considerar que se tendrá algún punto de vista particular, muchas veces diferente, en relación con ciertos temas explicados en los argumentos del paciente. El médico no debe caer en la tentación de querer imponer interpretaciones personales sobre temas banales, por más razón que se posea, es más inteligente tomarlos como marco para una interacción más profunda. Como diría Dale Carnegie en su best seller “Como ganar amigos e influir sobre las personas”: si quieres recoger miel no le des de puntapiés a la colmena.

c. Entender las emociones propias: Si el galeno quiere entender las emociones de su paciente, debe primero entender las propias, para lo cual conocerse a profundidad es crucial, ya que le ayudaría a determinar los puntos altos y bajos en su personalidad, un ejemplo muy práctico:

- un médico de una pequeña localidad del interior del país, a pesar de ser muy bueno haciendo medicina familiar siempre se mostraba conflictivo con algunos pacientes, y muy afable con otros, hecho muy llamativo para la población. Cuando su hijo padeció de trastornos psiquiátricos este se vio forzado a participar de sesiones de terapia familiar en su ayuda, en donde descubrió que padecía una frustración profesional al no poder haber hecho una residencia en cirugía general, que era su objetivo de juventud. Esto a consecuencia de haberse casado muy joven y la necesidad tener que trabajar al término de la facultad.

Sin embargo, su mente con el fin de proteger su “yo”, y no sufrir ante ésta difícil elección que le toco hacer, se aferró al argumento de que no accedió

a dicha especialización porque sus padres y él mismo, no eran militantes activos del partido “Colorado”, dominante por más de una treintena de años en el país, es así que al atender cualquier paciente que él identificara como relacionado a la política, le desencadenaban conflictos internos inconscientes que se traducían en forma de un trato sumamente osco que afectaba su relacionamiento médico-paciente, facilitando una decadencia en su práctica profesional.

Es más, si consideramos que el médico es el producto de una sociedad en donde los trastornos mentales varían desde pequeños conflictos internos hasta patologías severas, que en más de una situación ocuparon titulares en los diarios, ¿porque sería descabellado inferir que éstos problemas no estarían en la población médica?, es más, en los resultados de la investigación titulada como, “Trastornos mentales comunes en estudiantes de medicina” publicado por el Dr. Hironaledo de Jesús Nepomuceno, hace alusión a una preocupante tasa por encima de la media de patologías mentales en alumnos de la carrera de medicina, en donde la adicción a sustancias tóxicas, ansiedad y depresión se encuentran por encima de la media de la población general.

- d. Evitar aconsejar: en temas personales sobre los cuales no se centra la consulta, esto es siempre en lo referente a puntos que hacen al contexto de una consulta, para graficarlo en un ejemplo, analicemos lo que una médica comentó a otra colega, sobre una situación muy particular:

Dra. Jazmín: -Mi paciente hacia crisis hipertensiva en episodios en los que estallaba en ira con el marido, y terminaban a altas horas de la madrugada en la urgencia del hospital. Ella me cuenta lo tóxica que es su relación con el marido, a raíz de lo controlador que se ponía en situaciones particulares, como sus salidas con amigas, su forma de vestir, el consumo de alcohol y el tiempo invertido en la realización de sus estudios universitarios, en desmedro del cuidado de su familia según lo argumentado por el marido, entre otras situaciones

Dra. Lucia: - ¿Que actitud tomaste?

Dra. Jazmín: -Respondí y aconsejé en base a mi experiencia, es decir lo que considero correcto sobre las parejas.

-En una pareja libre uno debe aceptar los gustos y libertades del otro, que muchas veces esto es una forma de agresividad pasiva al coartar la felicidad de la pareja, con imposiciones ridículas.

Dra. Lucia: - ¿Que pasó luego?

Dra. Jazmín: - Meses después de no ver a la paciente me encuentro al marido quien me comenta: - Mire doctora, ella en el contexto de su trastorno bipolar

y su rotunda negativa a cuidar de su salud motivada por quien sabe quién o qué circunstancias, entabla demandas legales por agresión contra mi persona, abandona la medicación y en su desenfrenado estilo de vida, se expone a situaciones peligrosas con malas compañías, sufrió un accidente de tránsito con secuelas irreversibles.

Dra. Lucia: -La paciente solo consulto por sus crisis hipertensivas ¿no te comentó nada al respecto de su trastorno de fondo?

Dra. Jazmín: - no y tampoco lo investigue.

Es así como un simple consejo inició una tormenta de ideas negativas en un contexto mental caótico, que logrando amplificar un estado patológico hasta consecuencias mayores. El médico debe tomar conciencia de que los consejos sin conocer a cabalidad el contexto del paciente o en ámbitos en los cuales no es experto, no pasan de ser unos comentarios estériles, que puede confundir y en el peor de los casos reafirmar y alentar creencias equivocadas del paciente, aun cuando estos estén llenos de buena voluntad.

- e. No juzgar: no existe nada más dolorosos probablemente para un paciente que ser juzgado negativamente por sus actos, el alcohólico, el fumador, el obeso y hasta el glotón son perfectamente conscientes de que sus hábitos lo llevaron al desarrollo de determinada patología, ellos buscan soluciones a situaciones en el médico de su elección, ansían que los entiendan en su contexto humano, y para muchos recordarles sus hábitos tóxicos, con críticas o juicios pueden ser considerados como ataques directos a su persona, con consecuencias negativas esperables.

No olvidemos que la negación hace que el paciente desvíe su culpabilidad en la salvaguarda de su “yo” por sobre todas las cosas, siempre es de considerar por el buen médico las palabras del psicólogo Hans Seleye “Tanto como anhelamos la aprobación tememos la condena”.

- f. Eliminar los estereotipos y los prejuicios en la consulta: no existe fórmula más eficaz para levantar muros entre personas que clasificarlas en grupos o generalizar conductas por pertenecer a un tipo de religión, raza o país. Cada paciente es único e irremplazable en este mundo y saber que aprobamos su existencia única, es validar su vida, es entender la divinidad en su interior, ¿existe un respeto mayor?

- g. Evitar relativizar el problema: un célebre medico correntino, el Dr. Oscar Pirchi, siempre decía, “en medicina nada es superfluo, todo es importante tanto para el médico y más para el paciente”.

En el ámbito médico un detalle podría hacer la diferencia entre hacer o no un determinado diagnóstico, pero desde el punto de vista del paciente en

los detalles pudieran estar lo más importante de su enfermedad, los cuales, al ser minimizados o relativizados por el médico, que ya tiene un diagnóstico preliminar en su mente, genera en el paciente una sensación de insatisfacción y rechazo a su persona.

Etiquetar al paciente es poco ético y por demás desconsiderado, el médico debe prestar siempre atención plena y mostrar un interés genuino, así como un aprecio honrado.

- h. No sacar conclusiones precipitadas: en este punto nada es más importante que tomarse el tiempo necesario para entender las circunstancias que rodea al paciente, investigando a profundidad en ellos. Esto genera en la sensación de un análisis serio y profesional, que toma en cuenta todo su universo personal

### ***Obstáculos para lograr la empatía durante la consulta***

Existen muchas actitudes que los médicos ponen en juego en forma consciente o inconsciente durante la consulta, que terminan por boicotear la empatía en la relación médico-paciente, las mismas son:

- a. Alternar varios temas en forma desorganizada durante la consulta.
- b. Centrarse en las propias opiniones y respuestas.
- c. Hablar más de lo que se escucha.
- d. Interrupciones frecuentes durante el relato principal de la afección.
- e. Falta de privacidad durante la consulta.
- f. Lenguaje corporal inadecuado, como mirar el reloj frecuentemente, no hacer contacto visual, manipular objetos o cerrarse con brazos y piernas cruzadas.
- g. Lenguaje oral tosco.
- h. Escuchar con una fuerte carga emocional negativa.

### ***El paciente difícil: ¿Qué pasa con ellos?***

Tanto en la consulta como en las salas de internación, muchas veces uno se encuentra con pacientes quienes sorprenden con afirmaciones como:

- “sé que fumar daña la salud, pero es un placer al que no quiero renunciar ahora, cuando sea el momento lo haré”,
- “tomo una botella diaria de cerveza tras la cena, no soy alcohólico, lo dejaré cuando quiera”,
- “tengo un sobrepeso muy importante, no como mucho, es por mi metabolismo muy lento”,
- ”me olvido de tomar mi medicación, no es que no quiera tomarlo”,
- “mi presión es siempre alta, pero es normal para mí”.
- “me duele la cabeza todos los días, seguro son pequeñas variaciones de mi presión arterial, nada importante”,
- “mi diabetes es emocional lo investigue”,
- “mi médico me dijo que lo tomé, no lo hice, yo conozco mi cuerpo” entre otras.

Estas son algunos ejemplos que hasta a veces suenan ridículo, pero son excusas que tiene la fuerza del convencimiento del paciente, y que sorprenden aún más cuando en ellos existe un cierto nivel de preparación intelectual que debería dar como resultado actitudes más coherentes, y peor aún, todos estos pensamientos motivan a actos que atentan directamente sobre su salud con plena conciencia de estos en la mayoría de los casos.

¿Entonces como se explica estas actitudes?

Si analizamos este tipo de actitudes en forma minuciosa en busca de una génesis común, nos vemos envueltos en una labor bastante compleja, pero considerando el hecho de que éste tipo de razonamiento una vez arraigado en algunos pacientes se vuelve un muro difícilmente franqueable, es imperativo que nos aboquemos a

su resolución, para lo cual observaremos este fenómeno bajo la luz de algunos estudiosos de este campo, en busca de una suerte de explicación que nos ayude a entenderlo en primera instancia y posteriormente aplicar medidas cuál antídoto contra esta forma de autoboicot del paciente sobre su bienestar.

Con el fin propuesto en este apartado extrapolaremos lo expuesto por el Dr. León Festinger, quien nos brinda una explicación a nuestra prerrogativa, éste afamado sociólogo nos presenta el término de “disonancia cognitiva”, el cual se define como la tensión psíquica producida cuando nuestro sistema de creencias o valores, entra en contradicción con una nueva experiencia o idea, ya sea real o percibida, es decir, nos enfrentamos a una desarmonía entre lo que creemos que debe ser y lo que es en la realidad o lo percibimos como tal.

Esta tensión o incomodidad crea una necesidad inminente de generar coherencia cognitiva, lo cual se intenta lograr en base a explicaciones alternativas, “ideas puente”, que alinee nuestro sistema de creencias y valores con la realidad percibida, y así mitigar el sufrimiento que conlleva las “disonancias creadas” y hacer más llevadero el día a día, esto es más fácil de entender con un ejemplo:

El médico exhorta al paciente para el abandono del tabaquismo con argumentos y estudios que demuestran los graves daños que se están infringiendo a sus pulmones, a lo cual el paciente responde: -doctor, yo sé que fumar me está matando, pero viviré con ello, estoy contento con mi libre elección de seguir haciéndolo-.

En este ejemplo, el paciente afirma el conocimiento de las consecuencias de su tabaquismo, a punto de su formación general, justificándose ante sí con una premisa o idea puente que da sentido a su actuar, que es “la libertad”, así justifica su manera de actuar y la prerrogativa externa que le plantea el entorno.

Entendamos que, si el paciente analizara su tabaquismo en forma realista, tendría que enfrentar el conflicto de admitir que existe una dependencia psíquica y química al cigarrillo, que es la causante de su negativa a su abandono, lo cual lo llevaría a reconocer su falta de voluntad y perseverancia, aceptando así su adicción que seguramente configura un signo de debilidad en su foro interno, y en consecuencia lo cual lo llevaría a lesionar su “yo”.

En síntesis, esta teoría de la disonancia cognitiva consiste en que el ser humano busca una armonía interna, entre lo que “quiere hacer” y aquello “que debe hacer”, con “ideas puente” que crean una lógica coherente, que en ciertos términos pueda

brindarle paz mental y lo aleje del dolor que le pudiera acarrear alguna situación en particular. Es muy frecuente que los pacientes con mayor capital intelectual sean aquellos que logren argumentar con mayor elocuencia y credibilidad ante sí mismos y los demás, así el profesional médico, el abogado, el ingeniero entre otros se vuelven los pacientes más difíciles por lo elaborado de sus ideas puente.

***La disonancia cognitiva: cuando es particularmente dolorosa.***

-Amenaza el concepto que tenemos de nosotros mismos, como en el ejemplo del tabaquista que pudiera verse como alguien con una gran fuerza de voluntad, con un buen control sobre sí mismo y la posibilidad de ser un adicto, situación tanto más difícil cuanto su autoestima sea más frágil.

-Afecta a ideas profundamente arraigadas y reforzadas por el medio, como es el caso del paciente que proveniente de una familia muy disciplinada, que ante una falta de disciplina y compromiso con su salud aduce excusas como “me olvide de tomar la medicación por estar muy ocupado”.

-Es de notar también que cuando el paciente se enfrenta a una dolorosa verdad que pudiera poner en riesgo su status-quo interior, nacen intuitivamente en una suerte de rechazo o escepticismo a toda “información nueva”, que tendría el potencial de chocar con creencias previas, descalificándola, entonces pone en marcha el siguiente discurso - “este médico es un exagerado, yo no tengo diabetes, es que ese laboratorio no es tan confiable como me lo contaron, más adelante iré para que repitan el análisis”.

-Otra situación interesante es la que pudiera afectar el estatus del paciente, “yo soy una reconocida nutricionista” y sé que como cuidarme, estas cifras de colesterol son el producto de una mala muestra o el mercantilismo de este médico para prescribirme una medicación, reacondicionaré mis cuidados y ya”.

-El miedo, que también trae aparejado actitudes anticipatorias, como el ejemplo de aquel paciente que antes de una consulta por hipertensión arterial consume más sal de lo habitual, con el fin de que su presión arterial esté alta durante la misma y sea el producto de un actuar “descuidado” y no la presencia de la patología en estudio. Este ejemplo, es similar al alumno que de forma adrede deja de estudiar ante la posibilidad de un examen y el reprobar sea consecuencia no de su falta de

capacidad intelectual o dedicación, sino su olvido y así no sufrir con el miedo a reprobado.

-Una particularidad muy interesante es lo que el Dr. Daniel Kahneman denomina “sesgo de fuente”, en la cual una persona solo busca información en personas o bibliografías que se alineen a favor de sus argumentos internos y desechan todas las que estuvieran en contra, solidificando así su postura. Esto es un recurso muy utilizado por los pacientes para la edificación de “ideas puente”, logrando una coherencia cognitiva muy elaborada y difícil de contra argumentar.

### ***¿Qué actitud tomamos ante estos pacientes?***

Es fundamental lograr una suficiente empatía para tratar de entender los verdaderos motivos internos que llevan al desarrollo de su disonancia cognitiva, esto a partir de crear un ambiente de seguridad para el paciente, en la cual sienta que no será juzgado por sus ideas o actitudes. Esto demanda una inversión en tiempo que se debe aceptar ya que a la larga dará resultados importantes.

Es transcendental no reafirmar las “ideas puente” en busca de lograr agradar al paciente, ni enfrentar a los mismos con la realidad, sino más bien tomar una actitud neutra para disolver lentamente estas excusas en base a exponerla bajo algún sencillo ejemplo, real o ficticio sobre hipotéticos pacientes, o experiencias personales no comprometedoras, otra manera es invitándole a leer cierta bibliografía o en algunos casos de encontrarse ciertas alteraciones con un trasfondo patológico, buscar la ayuda de expertos profesionales en la materia.

Es raro, pero hay pacientes que buscan una reprimenda, como necesitando de un progenitor que ya no esta presente, quizás a modo de sentirse en la libertad de responsabilidades consigo mismo, emulando su infancia. Como autor me permito la opinión de que entrar en este juego de roles, no es lo más recomendable por razones a todas luces más que obvias, al contrario, lo ideal sería trabajar con expertos en salud mental para rectificar alguna situación en particular.

Si bien no existe una actitud única a tomar frente a los pacientes difíciles, la más eficiente de todas es la apertura y el interés genuino por el paciente.

### ***Resumen:***

- El médico asistencialista debe procurar una formación de excelencia, no solo en lo concerniente a los aspectos técnicos de la medicina, sino también debe incorporar aquellos conocimientos que mejoren su relacionamiento humano, ya que al fin trabajan con el prójimo.
- El buen médico debe practicar la empatía como punto de partida en la búsqueda de desarrollar una simpatía natural, y un trato marcado por el asertividad, todo con el fin de empatizar con su paciente, sin caer en la subjetividad del trato muy fraterno.
- El médico empático es fácil de reconocer, es aquel que puede centrarse en sus pacientes y colegas en forma eficaz, sus opiniones tienen peso y es con él que todos quieren consultar sus dudas o problemas. Son líderes naturales, con independencia de su nivel en la sociedad o en una organización científica.
- La empatía en muchos médicos es una cualidad innata, ponen en práctica espontáneamente muchas herramientas ya puntualizadas para generar una conexión con su paciente, sin embargo, debemos puntualizar que son habilidades capaces de ser aprendidas y puestas en práctica con gran éxito conforme a la determinación personal.
- La disonancia cognitiva es una trampa mental, que justifica algunas de las actitudes menos comprensibles de los pacientes con mejor formación y posición social, llevándolos a cometer actos que atentan negativamente sobre su salud. Analizarlas y revocarlas es función del buen médico.

### ***Comentarios:*** Dra. María Coronel

#### *Tratamos personas.*

Uno de los aspectos más importantes y a menudo olvidado de la medicina: tratamos a personas. Se desarrollan de manera amplia conceptos como empatía, asertividad y aspectos controvertidos como el paciente “difícil” y cómo lidiar con ellos.

En estos tiempos modernos, donde la mayoría de los médicos se sienten empujados (por el contexto, la coyuntura, en fin, la sociedad), a obtener resultados rápidos, es importante recuperar las herramientas que se nos explican en estos párrafos.

Luego de leer este capítulo habremos agregado (o recuperado) muchas herramientas fundamentales en la interacción con el paciente y por lo tanto con la posibilidad de entenderlo.

El desarrollo de la tecnología médica permitió un salto de calidad en conocimiento de los procesos de salud-enfermedad y por lo tanto en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, la base de la buena medicina sigue siendo lograr la mejor relación posible con el paciente, esto asegurará los mejores resultados.

Por último, la mejor manera de ponerse en el lugar del otro (el paciente) es saber que nosotros también lo seremos.

***Comentario:*** Dr.Santiago Gallo

La concepción humana de la atención médica siempre está presente, mal ejecutada o no, porque “felizmente el que la brinda es otro humano”, en su respectivo universo, en la dicotomía de la búsqueda de una eficiente atención y el deseo de servir mejor. Esto en aquellos que en su vida y formación profesional despertaron la inquietud de ser médico con mayúsculas, con un respeto por su propia condición humana que lo inquieta y lo mueve al acercamiento a las personas con alguna dolencia.

Una herramienta necesaria, por ende, es identificarse con la situación en que está la persona a quien asiste, y eso es gracias a la empatía la cual, le permite ubicarse y proveer una solución contextual, ajustada a un marco de confianza, que favorezca la compliance del paciente a las recomendaciones médicas que fueran necesarias, lo que en términos sintetizados sería establecer o facilitar una buena relación médico-paciente.

El Autor destaca el concepto de la empatía como llave de entrada a un adecuado conocimiento del paciente, planteándola como importantísima para el logro de una atención de excelencia, destacando la diferencia de la simpatía y empatía en el contexto de un escenario social. Hace referencia a situaciones reales y reflexiones

de ilustres médicos y profesores que desarrollaron estas habilidades prácticas como parte de su arte y ciencia.

La empatía la declara una cualidad nata, pero también capaz de desarrollarse como una actitud que permita comprender al paciente (actitud empática), generando la seguridad de que su médico lo está “comprendiendo”, por eso enfatiza en como promoverla y define las principales barreras que pueden dificultar el generarla. Finalmente realiza un planteamiento de la llamada disonancia cognitiva que enmarca una realidad de nuestra era globalizada, en donde el paciente establece sus definiciones y conceptos preestablecidos que retornan en una negatividad basada en a “ideas puentes”, que no le permite asumir su nivel protagónico en su propia curación y lo mal que se hace como médico al no tener la estrategia adecuada para poder reconocerlas, confrontarlas y superarlas.

Y por último los tips que se proporcionan son los mensajes claves orientadores redactados de un modo sencillo que permitan tenerlos siempre en cuenta.

### ***Lecturas recomendadas.***

1. Alvaro Díaz Berenguer. Por qué la medicina sigue siendo un arte?. Arch. Med Int . 2012; 34( 1): 7-7.
2. Daniel Goleman. La Inteligencia Emocional. 2ª edición. Editorial Zeta. Argentina 2007.
3. Dale Cargnegie. Lincoln, el desconocido. 7ª edición.. Editorial Sudamericana. Argentina. 2007.
4. Dale Cargnegie. Como ganar amigos e influir sobre las personas. 23ª edición. Penguin random house grupo editorial. Argentina. 2020
5. Harvard Business Review Press. Intelligence Emotional. EMPATIA. 1ª edición. España. Editorial Reverté, S.A. 2018.
6. Herb Cohen. Todo es negociable. 9ª Edición. Editorial planeta. Argentina. 1993
7. Harvard Business Review Press. Intelligence Emotional. INFLUENCIA Y PERSUACION. 1ª edición. España. Editorial Reverté, S.A. 2018.
8. Ortiz Cuquejo Lidia María. El Humanismo en Medicina. Rev. Nac. Itauguá 2016; 8(2): 1-3



## CAPÍTULO III



# LA BOLA DE CRISTAL

“Un paso por delante de la enfermedad”

“La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”

William Osler

## *El diagnóstico.*

El diagnóstico es sin duda el engranaje principal dentro del mecanismo que nos lleva a una correcta terapéutica, lo que finalmente se traduce en una atención médica de calidad. El déficit en este punto ya sea a consecuencia de un error en su concepción, o secundario a su dilatación temporal, podría tener consecuencias nefastas para el paciente.

Ya hemos hecho alusión en capítulos anteriores que el diagnóstico se basa fundamentalmente en el método científico, en donde en forma sistemática y disciplinada se pone en marcha los siguientes puntos:

- a) Seleccionar datos a partir de la observación de síntomas y signos, y el análisis del contexto que los enmarca, sin perder de vista la condición de vida del paciente y los antecedentes relacionados a su patología actual.
- b) Generar hipótesis, buscando siempre la unidad diagnóstica en la misma, es decir la causalidad entre una etiología determinada, la fisiopatología en marcha y las subsecuentes manifestaciones clínicas que acarrea.
- c) Intervenir con estudios complementarios o pruebas terapéuticas para comprobar o rechazar la o las hipótesis generadas.

Ya en este punto el perspicaz lector logró discernir, que en esencia la generación de buenas hipótesis es la base del correcto diagnóstico. En el trabajo “El proceso diagnóstico y la enseñanza médica” de los doctores, Ana Herrera y Miguel Serra, mencionan de tres formas básicas o rutas a seguir para la generación de hipótesis diagnósticas:

- a) El diagnóstico sindromático, es el método más universalmente difundido, en el cual el médico observa los síntomas y signos de las enfermedades como partes de un todo, los va acomodando como un rompecabezas con una

imagen mental a seguir, y ante la existencia de piezas faltantes se apoya en su intuición y experiencia para rellenar estos espacios.

Esta forma de elaboración de hipótesis es la que mayoritariamente se imparten en las universidades, requiriendo un capital importante de conocimientos sobre patologías y sus principales manifestaciones.

También es de mencionar que este método requiere cierta inversión de tiempo para lograr relacionar los conocimientos almacenados en la mente con los recolectados en la consulta, buscando coincidencias en un porcentaje aceptable, para llegar a formar una hipótesis diagnóstica sustentable y demostrable.

- b) Otra forma muy difundida de encarar el diagnóstico es en la que se adiestran a los médicos de emergencias, que consiste en lograr identificar situaciones de gravedad, definida como tal a la mortalidad de la probable patología en cuestión, que obliga a actuar con premura en base a lo fatal de su naturaleza. En estas circunstancias el tiempo obliga a que con pocos datos se construyan cuadros clínicos basados en una escala de compromiso vital a partir de los síntomas y signos presentes. Es un sistema más vago de diagnóstico, pero muy práctico para la toma de decisiones desde una marcada polaridad entre el paciente grave y el estable, sin dilaciones en los estados intermedios entre estos extremos.

Es relativamente muy efectiva en médicos con muchos años experiencia, y se logra el aprendizaje de dicho método, bajo la tutela de un profesional con la capacidad de transmitir conocimientos teóricos y prácticos, y principalmente un gran compromiso del aprendiz en la lectura y la acumulación de prácticas.

- c) El tercer método es generar hipótesis diagnóstica en base a probabilidades, ante la presencia de algunos síntomas y signos frecuentes en determinadas patologías, así como las circunstancias de presentación y las características poblacionales únicas o llamativas del paciente.

Este sistema está basado en información objetiva recibida como datos concretos, como los de incidencia y prevalencia de síntomas y signos presentes en determinadas patologías, o de enfermedades en una población determinada.

En ésta las estimaciones probabilísticas son utilizadas para generar hipótesis diagnósticas, con las características de ser más vertiginosas y con unos altos niveles de certeza en relación con los métodos anteriormente descritos, sin

embargo, posee también limitaciones, en su práctica, muy objetivable ante la presencia de patologías nuevas o con una baja frecuencia, consolidándose como su principal limitación al momento de generar el diagnóstico.

En este capítulo profundizaremos la combinación práctica de estos tres mecanismos para la generación de hipótesis, con especial énfasis en el tercer método basado en las probabilidades procedentes de los datos relevados del interrogatorio y la observación, analizaremos las mismas en sus fortalezas y limitaciones, dando forma así a lo que se conoce como “Medicina Basada en la Evidencia”.

### ***Una misión en contra del tiempo.***

El diagnóstico clínico en su forma clásica consiste en enmarcar en forma sindromática, síntomas y signos, con algún dato positivo de enfermedades previas, a veces junto con la información proveniente de estudios complementarios del paciente previos a la consulta actual, que casi siempre el paciente lleva consigo.

Este método requiere para lograr el éxito, que el médico pueda mantener una relación directamente proporcional entre: una alta capacidad de recolección de datos precedentes y actuales a la consulta, una correcta evaluación en base al capital de conocimientos de enfermedades que posee y sus años de experiencia en la práctica.

Este sistema explicado, se muestra eficiente y con muchas décadas que así lo confirman, pero en contra partida requieren cuadros clínicos muy “floridos”, lo que implica cierto grado de evolución de la enfermedad, que casi siempre es la traducción de un avanzado estadio de esta, con la presencia ya de un mal pronóstico para el paciente.

La medicina moderna exige acortar los tiempos diagnósticos, a tal punto de poder inclusive, anticiparse al progreso de las enfermedades, lo que implica hacerlo con pocos síntomas, signos o estudios complementarios, es aquí, en donde la probabilidad basada en datos estadísticos cobra fuerza como método para generar hipótesis diagnósticas en forma precoz en busca de mejorar el pronóstico.

Este sistema de diagnóstico probabilístico brilla por no necesitar de la presencia de mucha sintomatología, que es el reflejo del progreso de la patología en el tiempo,

en donde los daños estructurales ya son muy plausibles, hipotecando el pronóstico del paciente.

Si bien, la reducción al mínimo de los tiempos diagnósticos es primordial para la calidad de vida y el pronóstico del paciente, es actualmente un factor gravitante para los estándares de excelencia en la práctica médica.

Una atención médica de calidad en esencia es ayudar al prójimo de la mejor manera posible, y es el motor que empuja a la búsqueda de la perfección, a más de ello existe un compromiso social de lograr reintegrar al sistema un individuo productivo para sí mismo, su familia y la comunidad a la que pertenece, de ser posible con el menor uso de recursos posibles.

Es importante no perder de vista que en cualquiera de los métodos descritos hasta aquí y en especial el basado en las probabilidades, no debe perder de vista el ser humano, quién muchas veces a los ojos del profesional se esconde tras el título de paciente.

### ***El nuevo Chaman.***

Podemos decir que el médico actual debe interpretar mucho con muy poco, como “un chamán moderno”, quien ayuda a sus pacientes observando pequeños indicios que lo lleva a descubrir grandes afecciones físicas o espirituales, para entablar terapéuticas exitosas con su arte; es así que la concepción del médico moderno, cual chaman, debe relevar mucha información a partir de pequeños indicios, utilizando correctamente sus herramientas, transformando los mismos en datos y para analizarlos en forma sistematizada, bajo la luz de la evidencia científica, apoyado en análisis probabilísticos mezclados con la experiencia de sus años, para llegar a su objetivo final que es curar al paciente.

### ***La probabilidad en la medicina.***

Un análisis profundo a esta herramienta sumamente útil en la elaboración de hipótesis diagnósticas precoces y certeras.

La probabilidad podríamos definirla en forma simple como la expectativa con la que un determinado acontecimiento denominado “suceso”, se presentaría bajo condiciones relativamente estables, en otros términos, es una medida del grado de

certeza de que un hecho va a ocurrir, es siempre un evento aleatorio, es decir, en donde el azar juega un papel importante.

En términos técnicos una probabilidad abarca los extremos de posibilidades con sus intermedios, desde que algún evento no ocurra en lo absoluto, expresado como probabilidad 0, o la seguridad total de que un hecho se presente expresado como 1 y las probabilidades que son expresados en decimales, incluyendo la expresión de mayor incertidumbre que sería la de 0.5.

Debemos aclarar que no es el objetivo de este capítulo el desarrollo teórico de la probabilidad en sus distintas modalidades o fórmulas, sino el abrir la mente a las múltiples posibilidades que trae aparejado una enfermedad, en términos de sus manifestaciones clínicas iniciales al discurrir la elaboración de un diagnóstico.

Entonces, se abordará de forma práctica el uso de la probabilidad en la elaboración de hipótesis diagnóstica, con el fin de lograr una premura tal que evite la evolución de la enfermedad, lo cual comprometería el pronóstico del paciente.

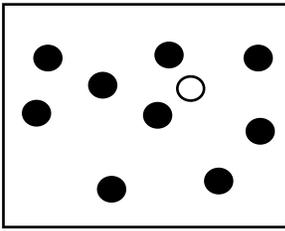
### **Primera aproximación probabilística a la hipótesis diagnóstica:**

La prevalencia e incidencia, su papel en el diagnóstico.

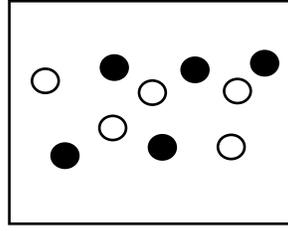
Para lograr determinar la posibilidad de la presencia de alguna patología, aún sin una profusa manifestación clínica, podemos hallar la forma basado en las probabilidades, estableciendo la frecuencia de presentación de los síntomas y signos en determinadas patologías, así como la frecuencia de patologías en la población.

Antes de abordar este tema, analicemos el concepto de probabilidad con una serie de ejemplos sencillos en procura de generar una estructura de pensamiento: imagínese que usted tiene en una caja 9 pelotas negras y 1 blanca, le pedimos que meta la mano sin mirar en su interior y extraiga la blanca, realmente tiene una probabilidad 1 en 10 intentos en sacarla, expresándola matemáticamente sería

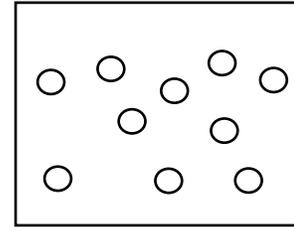
$p: 0.1$  o del 10% (Fig. 1), pero si tuviéramos 5 pelotas blancas y 5 pelotas negra tendría chance de 5 de 10 en conseguirlo  $p: 0.5$  o del 50% (Fig. 2), así como sacar 1 pelota blanca, de una bolsa de 10 pelotas blancas, se representaría como  $p:1$  o del 100%, es decir una certeza absoluta y sacar una negra de la misma caja sería de 0, es decir,  $p:0$  o 0% que representa la posibilidad de un suceso nulo (Fig. 3).



**Fig.1.** Sacar una pelota blanca P: 0.1



**Fig.2.** Sacar una pelota blanca P: 0.50



**Fig.3.** Sacar una pelota blanca P: 1.  
sacar una pelota negra P: 0

Estos ejemplos de probabilidades aplicados a la medicina, nos lleva a inferir que, ante el conocimiento de la frecuencia del número de individuos enfermos en una población, como pelotas en cajas, determinaría un número de probabilidad al azar de encontrarnos con individuos con esa patología en una determinada población. Por ejemplo, en una isla con 100.000 habitantes 10.000 personas presentan la enfermedad X, por lo cual la probabilidad de encontrarnos al azar con una de ellas es del 0.1 o del 10%.

Cabe destacar que la rigidez del ejemplo de las pelotas/enfermedades, no es una verdad absoluta en el mundo multivariable de la medicina, solo es un abordaje inicial ante la ausencia de datos clínicos reveladores y obviando interacciones externas es decir en un sistema próximo a ser cerrado y lejos de ser realista, ya que la naturaleza humana en cierto sentido potencia el azar a partir de lo impredecible de su propia existencia, esto haría entonces posible que pudiéramos sacar de la caja de pelotas blancas una roja, si bien éste ejemplo pareciera exagerado, la misma se presenta ante situaciones como una enfermedad nueva o atípica, evento inesperado en un sistema cerrado, pero por fortuna esto se da en un porcentaje muy bajo, casos casi anecdóticos, bajo el término de excepción o atípicos.

En otra forma de aplicación del mismo concepto, ya desde un punto de vista más clínico, analicémoslo en el siguiente escenario: al buscar la hipótesis diagnóstica probable entre dos pacientes con una presentación clínica muy parecidas, los pacientes A y B, como primer paso se identifica todos los síntomas y signos presentes, se evalúa cual de éstos síntomas son más frecuentes en cada uno de ellos, una vez identificada, se acude a una base de datos de prevalencias de síntomas y signos por patologías y se entabla así probabilidades de hipótesis diagnósticas, por ejemplo, si en el paciente A, la combinación de síntomas a+b+c se da en 9 de cada 10 veces en la neumonía, dicha combinación hará que el paciente tenga una probabilidad del 0.9 (90%) de padecer la enfermedad, en cambio, si en el paciente

B la combinación de los síntomas presentes a+b+d solo se da en 6 de cada 10 veces, se infiere una probabilidad de padecer neumonía del 0.6, (60%), pero con un 80% de probabilidad de padecer bronquitis aguda con la combinación a+b+d. Esto nos lleva a concluir que el paciente que el paciente A tiene 90% de probabilidad de padecer neumonía lo cual es 30% mayor que la que tiene el paciente B, en quien si se tiene una alta probabilidad de padecer bronquitis aguda. Este concepto aplicado al diagnostico probabilístico individual se profundizará con el correr de las páginas.

Al profundizar la utilidad de las probabilidades tomemos dos conceptos con la que se expresa la frecuencia que encontramos una enfermedad en una determinada población:

- a) Prevalencia: hace alusión a los casos existentes de determinada enfermedad en una población en un lapso de tiempo generalmente anual.

Por ejemplo, en una población determinada, de 8.000.000 adultos en donde existen 4.000.000 hipertensos, la prevalencia de esta sería del 50%, por lo cual con el simple hecho de que un paciente adulto se sienta frente a nuestro escritorio, hace que esa prevalencia se vuelva la probabilidad de que sea hipertenso sin mayores datos clínicos.

Esto también como ya se explicó puede ser aplicado a la presencia de determinados síntomas o signos en una enfermedad, como por ejemplo en la endocarditis bacteriana aguda (EBA), en donde la presencia de fiebre, astenia y soplo se da en el 50% de los casos, lo cual constituye la prevalencia de estos síntomas y signos en esta patología, por lo tanto, ante un paciente con esta combinación de síntomas y signos, poseería una 50% o  $p: 0.5$  de probabilidad de padecer una EBA.

En conclusión, a mayor prevalencia de una enfermedad es mayor la probabilidad de su diagnóstico en un determinado grupo de pacientes, así como que ciertos síntomas o signos son mucho más prevalentes en determinadas enfermedades y la presencia de estos orientaría hacia su diagnóstico.

- b) Incidencia: la incidencia es el número de casos nuevos en una población en un lapso determinado, tanto la incidencia como la duración de la enfermedad modifican la prevalencia, imaginemos a la incidencia como el flujo del ingreso de la enfermedad dentro de la población. Un curso

ascendente de casos nuevos al modificar la prevalencia modificaría la probabilidad diagnóstica en relación temporal a la misma.

La prevalencia nos ayuda a caracterizar a una población desde el punto de vista de su salud, así que como es más fácil “pescar” una pelota negra en una bolsa de pelotas negras, el diagnóstico de una enfermedad siempre será más probable cuanto más presente esté en la población, así también, es más factible realizar diagnósticos diferenciales en base a la mayor prevalencia de los síntomas y signos en su presentación.

### ***El Riesgo: un concepto muy presente en la medicina.***

Al evaluar un paciente en torno a una determinada dolencia, existe una danza de posibilidades diagnósticas basadas en la interacción entre su carga genética, estilo de vida y elementos externos, son los denominados factores de riesgo, que se conjugan para el desarrollo de una determinada patología.

En una concepción más coloquial en medicina, los factores de riesgo son la suma de eventos, con efectos dañinos para la salud, en los cuales la relación de causalidad con ciertas patologías es bien.

La importancia de considerar siempre la presencia de factores de riesgo es por la información que brinda, a más de la posibilidad de realizar ciertas predicciones diagnósticas, también las probables complicaciones por venirse, e inclusive un desenlace fatal en función del tiempo. Es así como, la mayor o menor presencia, o la simple exposición a estos factores determinan el desarrollo de patologías como el infarto agudo de miocardio, el accidente cerebro vasculares, la insuficiencia renal entre otros.

Existen distintos tipos de riesgo desde el punto de vista estadístico de las probabilidades estadísticas aplicadas a la medicina, abordemos de forma práctica sus usos más frecuentes en la elaboración de hipótesis diagnósticas:

### ***El riesgo en la medicina:***

Riesgo absoluto:

Es una medida basada en un individuo de una población determinada. Es en si la probabilidad que tienen los sujetos de sufrir un evento a lo largo de cierto periodo

de tiempo, siendo de carácter variable y pudiendo aumentar o disminuir en base a ciertas acciones o circunstancias.

Existen calculadoras que determinan el riesgo absoluto de enfermedades cardiovasculares a 10 años, en donde podemos citar como ejemplo, la escala de Framingham 2013 AHA/ACC, desarrollada en la población de USA y su homólogo europeo el Score 2001 ESC/EAS, ambos determinan la probabilidad de que ocurra algún evento cardiovascular mayor inclusive la muerte en dichas poblaciones.

Si evaluamos a un paciente con relación a un síntoma como por ejemplo un ángor típico, en un contexto de alto riesgo absoluto, el cual es estratificado por cualquier calculador, esto generará una expectativa diagnóstica a procesos cardiovasculares muy importante y en consecuencia un riesgo vital por ejemplo a consecuencia de un infarto agudo de miocardio.

Una aplicación también del riesgo absoluto más concretamente a la práctica diaria es la que se realiza bajo el concepto popular del control clínico, ya sea en consultas o en las evaluaciones precompetitivas, en donde un alto riesgo absoluto objetivado, llevaría a la modificación de su estilo de vida a convenciones más saludables o el inicio de fármacos como las estatinas o el ácido acetil salicílico y en el caso de la evaluación precompetitiva identificar al atleta en riesgo.

Riesgo relativo: es la probabilidad de sufrir algún evento patológico entre los individuos que tienen y no tienen un determinado factor de riesgo, o los expuestos o no al mismo. En sí misma es una medida de fuerza de asociación entre factor de riesgo y enfermedad. Un ejemplo interesante es por ejemplo las predicciones que uno puede hacer en el momento de realizar el diagnóstico de la diabetes mellitus, con la cual se tiene el doble de riesgo de enfermedad coronaria y el triple de enfermedad vascular periférica; otro ejemplo que pudiéramos citar es el riesgo relativo presente al diagnóstico de la HTA refractaria, la cual hace que aumente 1.7 veces la probabilidad de eventos cardiovasculares mayores en relación con el paciente con HTA en estadios habituales.

**La estadística como instrumento en la elaboración de las hipótesis diagnósticas en el consultorio:** Visualicemos lo expuesto hasta aquí con los siguientes ejemplos, en donde iremos sumando datos, e inferiremos consecuentemente propuestas de hipótesis diagnósticas, en base a los conceptos de probabilidad hasta aquí desarrollados:

- 1- Hipótesis diagnóstica inicial ordenadas en base a la prevalencia de patologías en relación con los síntomas y signos por edad de presentación:
  - a. Fiebre en niños: gran probabilidad de la presencia de algún proceso infeccioso a nivel pulmonar.
  - b. Fiebre en jóvenes: la etiología más probable son los procesos infecciosos virales en las vías aéreas respiratorias.
  - c. Fiebre en ancianos: tener presente a la infección urinaria en mujeres y respiratorias en hombres.

Realizar este tipo de inferencia diagnóstica es la más sencilla y se obtiene de los estudios de frecuencia de las patologías en su aspecto demográfico.

- 2- Hipótesis diagnósticas en base al motivo de consulta y la prevalencia de los síntomas y signos acompañantes. Si un paciente adulto consulta por ejemplo por disnea, veamos cómo se va modificando el orden de los probables diagnósticos de acuerdo con los signos y síntomas acompañantes:
  - a. Disnea + tos + sibilantes: asma bronquial, bronquitis, enfermedad bronquial obstructiva crónica.
  - b. Disnea + tos + sibilantes + fiebre: bronquitis, enfermedad bronquial obstructiva crónica, asma bronquial
  - c. Disnea + tos + sibilantes + fiebre + dolor pleurítico: neumonía aguda de la comunidad + bronquitis aguda + enfermedad bronquial obstructiva crónica
  - d. Disnea + tos + disnea + sibilantes + fiebre + edema de miembros: endocarditis bacteriana aguda + neumonía aguda de la comunidad + bronquitis complicada.

Este tipo de diagnóstico se cimienta en ir cargando la prevalencia de los síntomas y signos en las distintas patologías.

- 3- Hipótesis diagnósticas acorde al motivo de la consulta y los riesgos del paciente (absoluto o relativo):
  - a. Dolor torácico en un paciente joven sin factores de riesgo cardiovascular: osteocondritis aguda, crisis de ansiedad, reflujo gastroesofágico.
  - b. Dolor torácico en un paciente adulto mayor sin factores de riesgo cardiovascular: síndrome radicular agudo, osteocondritis aguda, síndrome coronario agudo.
  - c. Dolor torácico en un paciente adulto mayor, inmunocomprometido sin factores de riesgo cardiovascular: herpes zoster, síndrome de compresión medular, trastornos esofágicos, osteocondritis, Síndrome coronario agudo.
  - d. Dolor torácico en un paciente adulto mayor con enfermedad respiratoria de base: neumotórax espontáneo, neumonía adquirida en la comunidad complicada, síndrome coronario agudo
  - e. Dolor torácico en un paciente adulto mayor con factores de riesgo cardiovascular: síndrome coronario agudo, síndrome aórtico agudo, artrosis, procesos infiltrativos mediastinales, neuropatías.

Para generar hipótesis se requiere de un conocimiento más acabado de las patologías y el riesgo relativo en relación con factores de riesgo presentes.

- 4- La prevalencia e incidencia de las patologías en una determinada población con características genotípicas y fenotípicas homogéneas determinan una probabilidad en sí para establecer una probable etiología o diagnóstico:
  - a. Hipertrofia ventricular izquierda moderada en pacientes con cifras tensionales normales: si consideramos un país como Paraguay en donde la prevalencia de HTA en adultos es del 45.8%, la etiología más probable sería en primer lugar la “HTA enmascarada” por

encima de procesos como la amiloidosis o la miocardiopatía hipertrófica.

- b. Derrame pericárdico: la etiología más frecuente en base a los países latinoamericanos es la tuberculosis, seguido por las etiologías virales, neoplásicas, renales o traumáticas.
- c. Dolores articulares en pacientes jóvenes: el diagnóstico más probable sería las patologías que afectan al colágeno, las artritis autoinmunes, así como la fiebre reumática.
- d. Dolores articulares en pacientes adultos mayores: artrosis, artroartrosis, artritis sépticas.

La idea fundamental de esta forma de aproximación diagnóstica radica en la evaluación de datos obtenidos independientemente de presentarse en forma florida o no, de acuerdo con el tiempo en el que toque intervenir a lo largo de la evolución de la enfermedad.

La hipótesis diagnóstica basada en datos analizados en forma de probabilidades genera un orden de patologías a considerar, con el fin de lograr una intervención más efectiva y eficiente con un ahorro de tiempo y recursos.

**Para lograr este ideal de práctica médica en torno a las probabilidades es indispensable entender varios puntos sobre las distintas patologías:**

- a) Las enfermedades no se presentan tal cual son descritos en los libros clásicos, como los médicos de antaño lo veían y así lo describían, es decir, con todos sus síntomas y signos en lo que denominaban “una clínica florida”, casi siempre esta era la expresión de una evolución a etapas muy avanzadas de la enfermedad.
- b) Existen síntomas y signos compartidos entre patologías, entre las cuales su frecuencia de aparición es variable, es decir un síntoma como por ejemplo la tos puede presentarse como manifestación de enfermedades respiratorias, aunque también como expresión del reflujo gastro-esofágico, pero es mucho más frecuente en las primeras.

- c) Es de considerar la incidencia y prevalencia de las patologías de acuerdo con la edad, raza, cultura, región del paciente, esto es una ayuda sumamente importante. No es lo mismo pensar en el agente etiológico de una fiebre en las selvas amazónicas que en países fríos, o en niños en comparación con ancianos, o entre personas pertenecientes a pueblos indígenas con un poblador de las grandes capitales.
- d) Uno puede generar una serie de hipótesis sindrómicas con un orden de probabilidad, como ante la presencia de dolor torácico, disnea y síntomas vaso-vagales es muy probable que se trate de un síndrome coronario agudo en primer lugar, en segundo lugar, el síndrome aórtico agudo y en menor probabilidad un neumotórax espontáneo en una enfermedad bronquial obstructiva crónica.

### ***Estudios complementarios:***

La tecnología sin lugar a duda nos hizo a todos más fácil la vida, agilizando tareas y hasta supliendo el trabajo en muchos aspectos de los humanos, los médicos también se han beneficiado, sin embargo, aun con la rapidez y el gran espacio que ocupa la tecnología en la práctica médica, no ha logrado suplir al razonamiento deductivo, la intuición o el sentido común requeridos en la resolución de casos clínicos.

La tecnología como toda herramienta, tiene su mayor o menor utilidad e en la selección de ésta para una determinada tarea, así como la pericia y experiencia de las manos del operador y en este sentido los médicos no están exceptuados de tal premisa, la mayor parte de la tecnología en medicina tiene su aplicación en los métodos diagnósticos, llamados en la jerga médica como “estudios complementarios”, que tiene por objetivo brindan una información objetiva para ayudar a establecer diagnósticos en forma eficaz y certera.

En términos generales los estudios complementarios presentan fortalezas y limitaciones que están definidas en términos de probabilidades de éxito, expresados técnicamente como sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo, entre otros conocimientos que se desarrollará en forma práctica y concisa, pero no sin antes hacer esta gran salvedad, “los estudios complementarios son o deberían ser solo un soporte al razonamiento médico”.

Su solicitud, interpretación y valoración tienen como fin generar información que ayude a establecer o confirmar las hipótesis diagnósticas establecidas, no así a hacerlas, como ocurre con el médico inexperto, que emulando al pescador despliega una red (estudios complementarios) en su mayor extensión posible en espera de que al retirarla se obtenga algún tipo de presa (diagnóstico) y ganar así la jornada de forma positiva. Utilizamos la expresión de “estudio complementario” a lo largo del capítulo para resaltar en su función.

La utilidad de los estudios complementarios está en la probabilidad de brindarnos ayuda en tratar de determinar con certeza la presencia o no de una enfermedad, sin embargo, como no son 100% exactas en sus determinaciones por las limitaciones propias del método, es así, que estamos nuevamente frente a cierto grado de incertidumbre bajo las leyes de la probabilidad, dando lugar a falsos resultados tanto mayor o menor capacidad tengan las pruebas de correlacionarse en forma certera con las patologías a su estudio. Por ejemplo, una determinada prueba  $\beta$  arroja un resultado positivo en la determinación de una enfermedad  $\alpha$ , sin embargo está latente un porcentaje de posibilidad de que ese resultado sea falso, es decir que el individuo no la padezca y que todo sea producto de las limitaciones del estudio  $\beta$ , y esto es denominado “falso positivo”, similar situación se tendría ante los “falsos negativos” en donde se estaría en la presencia de individuos enfermos pero con pruebas que no demuestran la presencia de enfermedad. Similar combinación de probabilidades de falsos positivos o negativos también se dan en la determinación en individuos sanos

### ***Relación entre las capacidades de determinación de una prueba***

Sensibilidad: es la capacidad de una prueba de determinar la proporción de verdaderos (+), es decir individuos verdaderamente enfermos, por tanto, al hablar de una prueba con alta sensibilidad que arroja un resultado negativo, nos daría una alta probabilidad de que la persona no tenga la enfermedad.

En forma práctica el empleo de la troponina ultrasensible, en el paciente con dolor torácico es realmente útil en sus valores (-) por su alta sensibilidad, lo que nos lleva a concluir de que no estamos en presencia de un síndrome coronario agudo en curso; mientras que un valor (+) nos hablaría de otras patologías que también elevan el valor de la troponina ultrasensible, lo que nos obligaría a optar por otras estrategias diagnóstica.

Especificidad: es la capacidad de una prueba de determinar la proporción de verdaderos (-) frente a individuos sanos, es decir la proporción de sanos correctamente definidos, o dicho de otra manera los verdaderamente sanos. Una prueba con gran especificidad que presente un resultado (-) nos da una alta confianza de que el individuo no está enfermo y una (+) por el contrario acrecienta una figura muy discutida en el mundo de la medicina que son los falsos positivos, es decir el sano etiquetado como enfermo.

El electrocardiograma presenta una sensibilidad del 84,5% y una especificidad del 93% para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio, es decir que si tenemos criterios bien establecidos como la presencia de supra desniveles del ST en las derivaciones DII-DIII-aVF, con dicha sensibilidad señalada tenemos un 84,5% de probabilidades de estar ante la presencia del infarto en cara inferior. Con una especificidad del 93%, esta cifra expresaría la probabilidad de no estar en la presencia de un evento coronario en caso de no cumplir con dichos criterios electrocardiográficos.

Si bien conocer la sensibilidad y especificidad de un estudio complementario nos habla de la capacidad de establecer, con mayor o menor éxito, la probabilidad de confirmar una hipótesis para el diagnóstico, la misma es en base a las capacidades o limitaciones intrínsecas del estudio seleccionado, sin variación de acuerdo con las características de determinadas poblaciones.

Para establecer la utilidad real de un determinado estudio, es decir su valor práctico, debemos incluir a más del conocimiento de la sensibilidad y especificidad, la prevalencia de una determinada enfermedad en la población de estudio, esto logra una medida más eficaz y útil en la práctica, bajo la denominación de “valor predictivo”, que es una probabilidad a posteriori, es decir en función de los resultados de la prueba.

Valor Predictivo Positivo (VPP): es la probabilidad de estar enfermo después de observar un resultado positivo en un estudio complementario. Normalmente para calcularlo se requiere del Teorema de Bayes al ser difícil saber qué proporción de la población es positiva.

Valor Predictivo Negativo (VPN): Es la probabilidad de estar sano después de observar un resultado negativo.

Volviendo nuevamente al estudio del electrocardiograma, este presenta un VPP del 92,34% para el diagnóstico de infarto agudo de miocardio según los datos

provistos en un estudio elaborado por el Dr. Rodrigo Landero, esto implica que, de cada 100 pacientes con una hipótesis diagnóstica de infarto agudo de miocardio, ante la presencia de cambios electrocardiográficos característicos, en los 92,34 casos tendremos la certeza de esta. En el mencionado estudio también se hace alusión a un VPN del 85,71%, lo que implica la ausencia de parámetros electrocardiográficos sugerentes de infarto, obtendremos una certeza de la ausencia de enfermedad en el 85,71 veces de cada 100.

Es de notar que tanto para el VPP y el VPN, la prevalencia de la enfermedad en estudio juega un papel importantísimo, al tratarse siempre de fenómenos probabilísticos, es así como:

a) Si en un grupo poblacional la prevalencia de una enfermedad en estudio es muy baja, el VPP también lo es, existiendo altas chances de tener un estudio que sea un falsamente positivo, por el simple hecho de que hay muchos individuos sanos. Por ejemplo, si solicitamos la determinación de troponinas (VPP 50-83% en las primeras 4 horas) en el contexto de dolor torácico, a individuos de 25 años sin factor de riesgo cardiovascular, en procura del diagnóstico de un síndrome coronario agudo, la probabilidad de obtener un valor (+) es muy baja, y de darse, existe la probabilidad de que se trate de otra entidad patológica, es decir podría ser un falso (+).

b) Si en la población la prevalencia de una enfermedad en estudio es alta, el VPN tiende al existir muchas personas enfermas a ser (+), y un ante un resultado (-), existen muchas posibilidades de falsos (-) por el simple hecho de que existen muchas más personas enfermas que sanas.

Si tomamos como ejemplo el Score cálcico de la angiotomografía coronaria, que posee un VPN 94.4% para la determinación del riesgo de eventos coronarios a partir de la cuantificación de la carga aterosclerótica, -en una paciente de 70 años, hipertensa, diabética, con dislipidemia, obesa y fumadora -, es un hecho que pierde mucha validez, es decir “valor predictivo positivo” debido a la gran prevalencia de placas ateroscleróticas en este grupo de pacientes, pero el “valor predictivo negativo” se vuelve gravitante al dar a conocer los individuos potencialmente sanos.

### ***La curva ROC*** (receiver operating characteristic curve)

Al evaluar la utilidad de un estudio complementario, en aportar o confirmar datos para el diagnóstico es de rigor, valorar la sensibilidad y especificidad intrínseca del estudio, así como su relación con la prevalencia poblacional en términos de valor predictivo. Estos parámetros ayudan a evaluar la perspectiva de éxito del estudio en cuestión, al identificar entre individuos sanos y enfermos. Conocer el manejo de estos parámetros es muy útil al momento de seleccionar el estudio más adecuado a nuestros intereses, como por ejemplo entre una ecocardiografía transesofágica, una agiotomografía o una resonancia magnética para confirmar la “presencia o ausencia” de una disección aórtica, sin embargo, a la hora de decidir entre estudios complementarios configurados en variables numéricas continuas, la curva ROC cobra un papel de gran aplicabilidad práctica.

Técnicamente la curva ROC es en sí, un método estadístico para determinar la exactitud diagnóstica de algunas pruebas, siendo utilizado para identificar el valor más alto de sensibilidad y especificidad de los resultados expresados a escalas continuas de algunos estudios complementarios, en este punto se logra una mayor discriminación entre individuos sanos y enfermos, por ejemplo, las troponinas cuantitativas, la PCR, el dímero D, etc.

La curva ROC se construye estableciendo en el eje de ordenadas “y” los verdaderos positivos y en el eje de abscisas “x” los falsos positivos, con unos valores de sensibilidad y especificidad que van de 0 a 1 como valor mínimo y máximo correspondientemente, así también una línea equidistante entre ambos ejes llamada línea de no discriminación correspondiente al 0.50.

Las curvas que van trazándose a partir de los valores continuos cuanto más se acerque al ángulo izquierdo del gráfico estaremos hablando de mayor sensibilidad y especificidad en relación con el punto de corte (Fig.3)

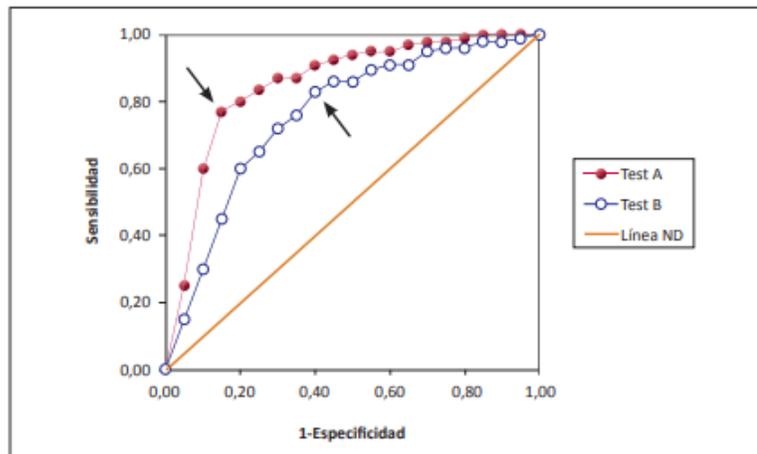


Fig.3 Gráfico de la curva ROC de dos pruebas hipotéticas (A y B), y línea de no-discriminación (línea ND).

Para cada curva ROC, las flechas indican el punto de corte que determina la sensibilidad y especificidad conjuntas más altas.

Al comparar dos curvas de dos estudios en busca del estudio con mayor rendimiento diagnóstico, también se involucra a la prevalencia como otro factor de evaluación independiente y así surge el concepto de área bajo la curva (AUC) que es una conversión matemática, que en forma práctica mide que tan buena es una prueba en comparación a otro a lo largo de puntos de cortes en la variable continua. Cuanto el AUC se aproxime a valores de “1” es mayor la capacidad discriminativa del estudio complementario análisis en su poder discriminativo entre sanos y enfermos.

Como ejemplo al comparar la procalcitonina (PTC) vs. la proteína C reactiva (PCR) para el diagnóstico de endocarditis bacteriana aguda (EBA) encontramos;

PTC: AUC 0.86 (IC 95% 0.75-0.96)

PCR: AUC 0.66 (IC95% 0.51-0.80)

Estos resultados hacen alusión que la PTC es mejor que la PCR en la discriminación de pacientes enfermos por los cual sería más útil en términos de información para orientar o confirmar las hipótesis diagnósticas sobre la EBA.

### ***El pretest:***

El resultado de un estudio complementario tendrá mayor o menor capacidad de diagnóstico al incrementar o disminuir la probabilidad de que el paciente padezca

la patología. La probabilidad inicial aumenta o disminuye en base a la presencia o no de factores de riesgo o determinadas patologías, esto se denominado pretest, pudiendo ser esta alta, media o baja en categorizar a un paciente.

Existe varios pretest conocidos, como las escalas de Wells, Ginebra y PESI para la estratificación de la probabilidad diagnóstica del tromboembolismo pulmonar, útiles antes de realizar una angiotomografía o arteriografía invasiva por cateterismo de la arteria pulmonar. Otros scores que objetivan un pretest son los scores TIMI y GRACE previos a coronariografías en el síndrome coronario agudo.

Es muy deducible que un individuo con un pretest alto antes del estudio aumente su rentabilidad diagnóstica con relación a uno con pretest bajo, es así como el médico podría sacar el mayor valor intrínseco de la prueba en términos de diagnóstico al evaluar el pretest antes de un estudio en particular.

La evaluación inicial del paciente no se limita solo a procedimientos invasivos, así como lo veremos en el siguiente ejemplo: la prueba de esfuerzo tiene una sensibilidad del 45-50% y una especificidad de un 85-90% para la detección de isquemia coronaria, éstos valores aumentan notoriamente o disminuyen con los valores del pretest, a tal punto, que es de indicación solamente en individuos como mínimo de pretest “intermedio” (PPT 15-65%), ya que un pretest muy bajo pudiera llegar a no tener sentido por la gran posibilidad de tener resultados negativos, en contrapartida se podría llegar al máximo nivel de predicción con un pretest alto.

Es de aclarar que el pretest, como también es una forma de probabilidad aplicada, se podría utilizar la incidencia y prevalencia de las patologías, así como de la relación de factores predisponentes, es decir el riesgo como vimos en las escalas citadas.

### ***Resumen:***

- Es imprescindible entender que tanto el método sindromático, el de triage y el probabilístico se potencian mutuamente, en pro de lograr un diagnóstico eficiente, eficaz y efectivo.
- La medicina moderna exige una intervención médica precoz y certera en el diagnóstico y tratamiento. Lograr una premura en el tiempo, a tal punto de

anticipar cualquier evento negativo para la salud del paciente, es una obligación en donde las probabilidades juegan un papel importante.

- En la primera aproximación al paciente, la probabilidad diagnóstica inicialmente está constituida en base a la prevalencia e incidencia de las patologías de acuerdo con su edad, sexo, procedencia entre otros factores.
- En la primera aproximación al paciente, la probabilidad diagnóstica inicialmente está constituida en base a la prevalencia e incidencia de las patologías de acuerdo con su edad, sexo, procedencia entre otros factores.
- La practicidad en la aplicación del conocimiento es el objetivo para cualquier médico que aspire a una práctica de excelencia.
- Es de esperar que en un estudio complementario ideal sea aquel que brinde una mayor probabilidad de aciertos útiles en términos de información para establecer o confirmar hipótesis diagnósticas, es imperativo tener siempre presente ante la misma que una alta especificidad podría descartar patologías ante un valor negativo y que una alta sensibilidad es muy útil en entablar screening epidemiológicos de manera a confirmar presencia de la enfermedad en su valor positivo. Una alta performans en ambos puntos se presenta como ideal

***Comentarios:*** Dra. Jazmín Ovelar

*El diagnóstico.*

Históricamente, las actividades del buen médico, se relacionan al diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y el seguimiento del paciente. En este sentido, me parece pertinente mencionar al valor incalculable de la historia clínica, en ella está incluida la anamnesis detallada y el examen físico exhaustivo, que bien realizada ofrece al profesional una organización cronológica, de signos, síntomas y hechos que, al integrar con conocimientos científicos nos llevan a las hipótesis diagnósticas. Posteriormente, los métodos auxiliares del diagnóstico, nos acercan al diagnóstico definitivo, para luego instaurar el tratamiento en consecuencia para el fin último, que es el bienestar de los pacientes.

### *Metodos auxiliares de diagnostico.*

Se ve claramente que los métodos auxiliares de diagnóstico deben ser utilizados con criterio y juicio clínico, con el fin de confirmar o descartar un diagnóstico. Es decir, inevitable es pasar por alto, la historia clínica, la anamnesis y el examen físico, como puntapié inicial para un correcto diagnóstico. Posteriormente, se solicitan los métodos auxiliares, para apoyar, confirmar o descartar los diagnósticos propuestos. Los valores predictivos son importantes para determinar hasta qué punto las pruebas de detección pueden identificar la probable presencia o ausencia de una afección para que sus hallazgos fomenten la toma de decisiones adecuadas

### *El objetivo ultimo del medico.*

Por lo tanto, considero, de que llegar a un diagnóstico definitivo, es un acto de observación fidedigna e inteligencia deductiva. No podrá ser reemplazado por algún método auxiliar, digital, virtual o tecnológico. Precisa indefectiblemente de la relación médico-paciente, de la anamnesis, del examen físico y la utilización consciente de los métodos de apoyo diagnóstico y datos epidemiológicos.

Llegar al diagnóstico definitivo, no es un capricho del médico, si no más bien, es un compromiso y el primer paso y la mejor asistencia para la terapéutica. En el trayecto de llegar al diagnóstico definitivo, pueden existir varias repercusiones, pero los médicos tenemos un claro compromiso ético. “CURAR CUANDO SE PUEDA, ALIVIAR SIEMPRE, Y POR ENCIMA DE TODO, NO”

### ***Lecturas recomendadas***

1. Herrera Galiano Ana, Serra Valdés Miguel A. El proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina. Rev haban cienc méd ]. 2011 Mar ; 10( 1 ): 126-134. Disponible en:
2. Rafael Alvarez Cáceres. Ensayos Clínicos. 1ª edición. España. 2004.
3. Wendy L. Hurley, Craig R. Denegar. Métodos de Investigación. Fundamentos de una Práctica Clínica Basada en la evidencia. Editorial Wolters Kluwer. España.2012



## CAPÍTULO IV



# EL TRIANGULO DEL SABER HACER

“La estructura básica para una práctica médica de excelencia”

“Las enfermedades no nos llegan de la nada.

Se desarrollan a partir de pequeños pecados diarios contra la naturaleza.

Cuando se haya acumulado suficientes pecados,  
las enfermedades aparecerán de repente”

Hipócrates

## *El compromiso médico-paciente.*

El compromiso de un médico ante su paciente lo obliga a tomar las mejores decisiones diagnósticas y terapéuticas, tras la evaluación de todas las alternativas disponibles a su alcance, en procura de lograr la más acertada intervención para una determinada afección. Esto es un contrato tácito, médico-paciente, basado sobre uno de los bienes más preciados del ser humano, que es la salud.

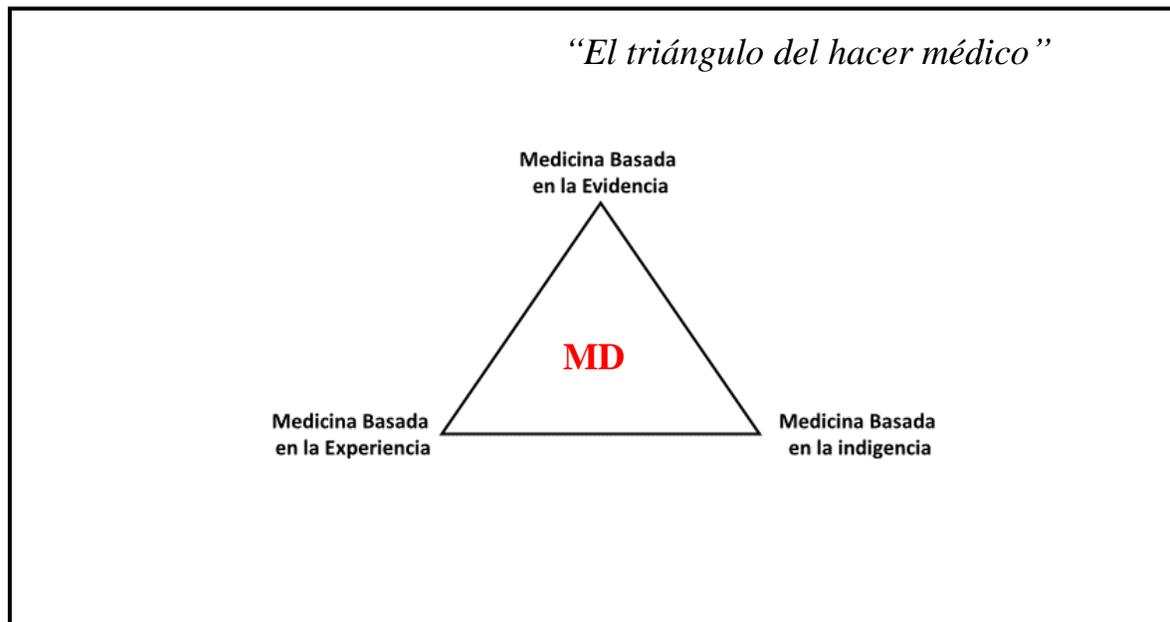
Es así como, bajo estos términos, el galeno comprometido echa mano a los conocimientos más modernos y eficientes sobre el manejo de enfermedades, así como de los recursos materiales a su alcance, y de su experiencia acumulada a lo largo de sus años de práctica, con un razonamiento lógico, todo siempre bajo la luz del sentido común.

En este contexto es crucial abordar detalladamente a los tres aspectos que hacen al “ecosistema” de la práctica médica, que influyen directamente en la toma de decisiones y a algunos factores externos que en ésta influyen, agrupándola genéricamente como sigue:

- a. La medicina basada en la evidencia, en base a materiales generados a partir de investigaciones sistematizadas, con gran rigurosidad científica.
- b. La medicina basada en la experiencia, apoyada en las habilidades, usanzas, y vivencias desarrolladas a lo largo de la práctica personal o de grupo.

- c. La medicina basada en la economía, limitada por recursos materiales, a lo que el célebre cardiólogo argentino Ricardo Iglesias se refiere en el contexto sudamericano como medicina basada en la indigencia.

Estos tres aspectos básicos o “medicinas” conforman un triángulo, figura indeformable, símbolo de la fuerza de las convicciones humanas inquebrantables, secreto de la arquitectura desde la antigüedad, es quizás el ideal con el que pudiéramos representar la base o piedra angular sobre la cual se erige una práctica médica de excelencia, en donde reina la igualdad entre sus tres componentes, y la idea de que ante la ausencia de una de ellas lo priva de la naturaleza misma de su existencia.



***Medicina basada en la evidencia:*** *¿Cómo nació la medicina basada en la evidencia?*

La medicina basada en la evidencia (MBE), nace en los albores del siglo XX en la Escuela de Medicina de Mc. Máster en Hamilton, Ontario-Canadá, en su departamento de epidemiología. El Dr. David Sackett titular de la cátedra, se consolida como fundador de la mencionada escuela, promoviendo a la evidencia proporcionada por estudios clínicos como la base para la correcta toma de

decisiones médicas. Desde esos primeros pasos y publicando sus resultados, esta manera de hacer medicina fue creciendo exponencialmente hasta nuestros días.

La MBE podemos definirla modernamente, como la práctica de ésta en base a la toma de decisiones, bajo la luz de los resultados de estudios científicos, con un rigor metodológico estricto y sometido posteriormente a la aprobación de la comunidad médica especializada.

El objetivo de la misma llevada a una explicación simplista sería la de transportar a la medicina a niveles sumamente libres de probables errores de observación, medición e interpretación, producto de ciertos contaminantes de la objetividad en la práctica médica, como lo son por ejemplo las intuiciones, suposiciones y las creencias sobre algunos temas, así como, la visión de que la experiencia personal es suficiente para la generalización de un determinado manejo.

Es indispensable aseverar que la MBE no es solo el intento de despojar a las decisiones médicas del probable error humano, sino también la de presentar al médico información sobre las experiencias en determinados métodos diagnósticos o terapéuticos, llevados a cabo en miles de pacientes, hechos plasmados en los grandes estudios multicéntricos, realizadas en diversas edades y razas, brindando así un cúmulo de experiencias sistematizadas y reducidas a unas pocas horas de lectura.

Desde que se acuñó el término de MBE se ha identificado ciertas ventajas que ha brindado su aplicación, resumidos en tres puntos principales según las investigaciones de Junquera. et al, y la cual pudiéramos ampliar en lo expuesto en el cuadro 1.

- a. Para el personal médico: presenta las mejores alternativas probadas para la selección de opciones diagnósticas o terapéuticas para los pacientes.
- b. Para el paciente: en ofrecerle las mejores elecciones existentes, tanto en diagnóstico como en tratamiento.
- c. Para el sistema sanitario en su conjunto: al identificar y suprimir efectivamente las formas menos eficaces de intervención médica.

### *Beneficios de la MBE para la práctica médica*

- Disminución de la amplia variabilidad de actuar injustificado en la atención médica.
- Reducción de la brecha entre la generación del conocimiento y su aplicación práctica.
- Superación de modas, propagandas, inducciones y otras formas de presiones.
- Estimulación de la evaluación crítica del conocimiento establecido.
- Estimulación de la práctica reflexiva.
- Promoción de la capacidad de discernir entre la información científica y no científica.
- Promoción del establecimiento de un sistema de educación continua.
- Promoción en la interconexión entre la atención médica, la educación y la investigación.
- Favorece la apreciación del valor de la verdad.

Rev. Esp Cirug Oral y Maxilofac 2003;25:265-272

Actualmente con la globalización propia de nuestros días y principalmente gracias al internet, el acceso a la información dejó de ser un problema. El nuevo desafío es la selección de la información ante una enorme oferta, tanto en cantidad como en calidad, y el lograr consecuentemente que esta información sea llevada a la práctica diaria.

Para lograr una selección de buena calidad, debemos de tener en mente en donde podemos encontrar a las mismas, tomando siempre en consideración que “los libros de medicina nacen viejos”, con un cierto desfasaje con relación a la vanguardia de las investigaciones, ya que los libros se nutren de los resultados de investigaciones preseleccionadas en un lapso de tiempo, posteriormente pasan por el proceso de producción hasta su distribución, comercialización y eventual traducción. Es de entender que esto, bajo ningún punto desmerita a los libros que tienen la impronta en interpretación y experiencia de los autores y editores, y la solidificación del tiempo en la transmisión de conceptos invariables expuestos de manera sencilla y ordenada. Es así como debemos tomar a los libros como una

base sobre la cual se seleccionará revistas científicas, base de datos entre otras fuentes a describir a lo largo del capítulo.

Aunque como ya se menciona, que pareciera que la MBE lleva a la misma a su máxima expresión, librándola de toda subjetividad al lograr reducir al mínimo los errores por sesgos, es de tomar en consideración que no es un “dogma”. Lo que Sackett afirma en su libro de “Lo que no es la MBE”, menciona en tres puntos:

- a) No es una medicina elitista, ni matemática, ni imposible de practicar.
- b) No es algo que surja espontáneamente, si uno el resultado de un trabajo propuesto.
- c) No es una medicina de “libro de cocina” con recetas inamovibles.

Una nota similar lo hacen los doctores Hernán C. Doval y Carlos D. Tajer en su celebres ediciones de “Evidencias en cardiología”, en donde enfatizan el por qué algunos médicos miran con cierto escepticismo a la MBE, haciendo referencia a las limitaciones de esta, citándolas en dos puntos fundamentales:

- a) La medicina no puede condensarse en un libro de fórmulas.
- b) La MBE acarrea un riesgo implícito ante su mal uso, al coartar la libertad de la conducta médica, más aún si las autoridades en algún ámbito la utilizasen para supervisar su cumplimiento en forma cuasi religiosa.

### ***¿Dónde encontramos información con evidencia de calidad?***

- a. Base de datos: una base de datos es un conjunto de información científica evaluada y estructurada, que aplica a distintos campos de la medicina, almacenadas en soportes magnéticos.

Dentro de las más conocidas podemos encontrar al MEDLINE, activa desde los años 60 en los EE.UU., contiene más de 19 millones de referencias de artículos de más de 5400 revistas de medicina, el HINARI establecido por la OMS que permite el acceso gratuito a los países de medianos y bajos recursos, permite el ingreso a más de 21000 revistas y 69000 libros, el LILACS que fue creado en 1982 en un sistema cooperativo sudamericano y del caribe, así como también podemos citar al COCHRANE, el

COCHRANE Library Plus en español, SCOPUS, CUIDEN, IBECS, SCIELO Paraguay entre otros.

- b. Motores de búsqueda: entre ellos el más conocido a citar es el Pubmed que es un sistema de búsqueda libre y gratuita para la base de datos MEDLINE, con información sobre resultados de investigaciones y con acceso a libros. El buen manejo de estos motores es muy importante, ya que definirá el acceso a la información en el menor tiempo posible, y lo más ajustado a las necesidades del investigador.

El secreto de los motores de búsqueda radica en el uso correcto de las “palabras clave” y sus conectores “or y and”, como ejemplo de palabras claves tenemos entidades bien definidas como: miocardiopatías, artrosis, miocarditis, miocardiopatías, ansiedad, endocarditis, etc.

Es indispensable utilizar un filtro para simplificar la búsqueda a lo deseado, como un determinado rango de edad, región, sexo, o algún dato en particular relacionado con la patología en estudio, así como el idioma en que se realiza la investigación.

- c. Revistas científicas: Existen revistas con una notable trayectoria y prestigio, a base de lograr años de una gran calidad en sus publicaciones, las cuales ostentan artículos con altos estándares metodológicos, con temas de vanguardia, acaparando el interés por igual de investigadores, escritores y de la población médica asistencialista, obteniendo así un mayúsculo reconocimiento por la comunidad científica internacional. Entre las más prestigiosas revistas podemos citar al New England Journal, Circulation, Lancet, Journals American Collage of Cardiology entre otros.

Una forma elaborada de objetivar la importancia entre revistas, en términos de prestigio, es confrontando los artículos que las mismas contienen en base a medidas específicas como “el factor de impacto”, “las veces que google scholar” las cita y el concepto de “índice h” ya para el lector más experimentado. Esto reviste utilidad ya que el estatus obtenido por las revistas, dan a conocer de forma indirecta la calidad de sus editores y en consecuencia los artículos seleccionados para el cuerpo de las ediciones publicadas.

- d. Páginas de sociedades científicas: generalmente las sociedades poseen una página web, en la cual ponen de manifiesto aparte de las actividades científicas a realizar, la opinión de sus miembros más sobresalientes sobre

distintos temas en un determinado ámbito ya sea, en forma de editoriales, blogs o comentarios. Un punto sobresaliente sin duda alguna es la conformación de comités para la evaluación de las nuevas evidencias sobre un determinado tema, elaborando consecuentemente unas “guías de práctica médica” en base a la categorización de los nuevos resultados de investigaciones, las cuales son estratificadas en “Clases y Niveles de recomendación” presentadas en sus portales, los cuales son sumamente útiles para el manejo del paciente.

La elaboración de dichas “guías de práctica médica” reúnen a expertos en un tema en particular como por ejemplo la hipertensión arterial, entre los cuales encontramos especialistas en metodología y revisión de investigaciones, reconocidos autores de artículos, expertos en distintas especialidades de la medicina, todos bajo la dirección de un editor profesional para la producción de un material de revisión de alta calidad y solvencia. Este proceso con el fin último de facilitar un acceso ordenado, sistematizado y práctico del conocimiento al médico netamente asistencialista, suponiéndolo con menos formación en el área de la investigación, y así ayudarlo a mantenerse a tanto de los avances de la medicina en el área de su interés, y como consecución un empujón en su camino a una práctica próxima a la excelencia, con bases científicas sólidas. Acceder a evidencias médicas de calidad, ya sea artículos, guías de práctica, reporte de casos, etc., es acceder a las experiencias de cientos de médicos y miles de pacientes, reclutados para la investigación de un determinado método diagnóstico o de tratamiento. Estos resultados siendo incorporables a la biblioteca interna de conocimientos en unos pocos minutos lectura, facilitando el avanzar en conocimiento mucho más halla de lo aprendido en la formación universitaria, las experiencias de la propia práctica o de colegas, éstos últimos que, si bien son métodos valederos, son pequeños en términos de universalidad y lentos en relación con el avance de las ciencias médicas. En contrapartida, es importante resaltar la necesidad de no cometer el error de depositar una seguridad absoluta en las evidencias, en especial las guías de práctica clínica, cual “Quijotes modernos, luchando en cruzadas contra molinos de viento”, ya que como su nombre lo dice son “guías” y no “dogmas”, ya que existen condiciones particulares en los pacientes que pudieran estar fuera de los delineamientos de inclusión en los estudios de investigación, que en la práctica, es decir “la vida real” requieran ciertas

medidas especiales ante algún factor específico relacionado a las características propias de cada paciente.

- e. Congresos, simposios, conferencias: si bien los congresos son el lugar en donde se congregan grandes referentes de la medicina, en donde se realizan lanzamientos de estudios de investigación y libros sobre distintos temas, no es menos cierto que en la actualidad al sentarse unos minutos frente a la computadora se podría acceder fácilmente a la misma información, en forma íntegra y en la comodidad de la sala de estudios, pero el poder intercambiar puntos de vistas, experiencias, exponer dificultades propias en forma personal o solicitar consejos a colegas, es un valor agregado difícilmente igualado por la pantalla. Los congresos no son meros eventos sociales con un componente de participación de la industria farmacéutica, en pro de imponer conceptos o comprar voluntades, como ciertos extremistas millenials quisieran imponer, es y seguirá siendo un grupo de estudiosos aprendiendo, enseñando y creciendo en conjunto.

### **¿Cómo la podemos poner en práctica a la evidencia?**

No es infrecuente oír a un investigador al presentar los resultados de un determinado estudio, mencionar en algún momento de su discurso: “bueno, el presente estudio llevado al mundo real....”, esto es sumamente significativo y revelador, habla de la intención de buscar la aplicabilidad de sus resultados a la práctica diaria, ya que los estudios de investigación se llevan a cabo en un universo cerrado y controlado, lo que implica que los pacientes que participaron son seleccionados con ciertas características en particular, hecho que facilitan la evaluación de un determinado fenómeno, es decir son pacientes con perfil de características clínicas homogéneo. Este punto se puede apreciar explícitamente con un ejemplo: “los resultados del fármaco hipoglucemiante ZX189, ha demostrado mejorar la sobrevida en pacientes diabéticos tipo 2 en relación al placebo, el estudio fue llamado “Épsilon”, he incluyó a pacientes de entre 40 a 60 años, diabéticos tipo 2 de más de 10 años de su diagnóstico, sin hipertensión arterial ni dislipidemias, con la función renal normal e índice de masa corporal menor de 24”; en la práctica diaria encontrar pacientes con estas características es poco frecuente, ya que siempre estarán con superposición de comorbilidades, así como algunas características individuales no deseables desde el punto de vista

metodológico para el estudio de investigación, estas normalmente son plasmadas en los criterios de inclusión.

Entonces, el mundo real se impone en complejidad al universo ideal de los estudios, ya que los pacientes son más difíciles y como obvia consecuencia la evidencia científica debe ser analizada criteriosamente para poder ser aplicada en este ámbito.

Si bien es cierto que todos los médicos reciben cierto grado de formación para interpretar y eventualmente realiza estudios de investigación, éstos conocimientos terminan en un segundo plano o en el peor de los casos en el “baúl de los recuerdos”, ya sea por su falta de uso, o la abrumadora complejidad de los parámetros a asimilar para la interpretación de los nuevos estudios de investigación, por tal motivo, el médico asistencialista se ve anestesiado paulatinamente en su espíritu de investigador, y se inclina solo a los conceptos que aprendió en sus años de formación de grado y posgrado, que posteriormente los afianzó con sus años de práctica, y los consolidó con buenos resultados asistenciales. En consecuencia se produce una lenta incorporación de nuevos conceptos, con un cierto grado creciente de escepticismo ante lo nuevo, prefiriendo una actitud conservadora que en el peor de los casos genera un “status quo” intelectual, lo cual lo llevaría con el tiempo a convertirlo en un practicante cuasi empírico de la medicina, quedando rezagado en conceptos obsoletos, manejándose varios pasos atrás de lo nuevo y útil, manteniendo esta postura hasta ver a sus colegas optar por las nuevas prácticas con resultados exitosos y sólo a partir de allí pasar a adoptarlas por repetición.

***Las guías de práctica médica: su verdadero valor práctico.***

Para su elaboración como se explicó anteriormente se reúnen expertos en una suerte de cónclave para la selección y evaluación de los resultados de las investigaciones más recientes y relevantes, en un determinado campo de la medicina y consecuentemente la información seleccionada a partir de parámetros bien definidos, es estratificada en recomendaciones de “clases y niveles”.

Las clases son jerarquizadas generalmente en números romanos como como I, II, III, etc., de acuerdo a las de mayor seguridad que brinde la aplicación de una determinada intervención, y el nivel de evidencia de acuerdo al mayor o menor número y de estudios con un diseño metodológicamente confiable que la avalen,

siendo A las intervenciones con mayor cantidad de estudios y con mejor calidad y las siguientes B, C, D...etc., aquellas con menor número y calidad de investigaciones, al punto de llegar solo a opiniones de expertos.

Si bien existen distintos modelos de estratificación de la evidencia, desde que, en 1979, la Canadian Task Force on the Periodic Health Examination desarrolló el primer modelo para la misma, se ha progresado hasta la fecha en distintos modelos de diferentes entidades científicas.

Entre todas las subsecuentes, ejemplificaremos a continuación las del American College of Cardiology/American Heart Association por su sencillez y practicidad. ( cuadros a continuación a y b)

***Recomendaciones: ante una determinada intervención diagnóstica o terapéutica.***

***Clase I:*** la sugerencia de intervención es útil y efectiva ante su puesta en práctica. En términos sencillos existe una conformidad en su uso entre todos los miembros del comité evaluador ante el peso contundente de la evidencia seleccionada.

***Clase IIa:*** la fuerza de la evidencia recolectada y valorada para una determinada intervención hizo que la opinión de los evaluadores sobre la misma sugiera que existe mucha “utilidad y eficacia” en el uso de la información, aunque no sea unánime.

***Clase IIb:*** la fuerza de la evidencia recolectada y valorada hace que la opinión de los evaluadores sugiera que la “utilidad y eficacia” en la intervención sea tanto más dudosa y su puesta a la práctica está levemente más basada en la opinión por sobre la evidencia, al existir un cierto grupo que no la considera así.

***Clase III:*** la intervención no es útil ni efectiva, llegando incluso a ser dañina. Existe una opinión unánime en que no se la debería poner en práctica.

***Niveles de evidencia: estratifica en base a la confiabilidad en la metodología de los estudios que respaldan una determinada intervención diagnóstica o terapéutica***

**A:** Existe muchos estudios clínicos randomizados sobre un determinado tema.

**B:** La evidencia se limita a un solo estudio randomizado o muchos estudios no randomizados

**C:** Basada en experiencia de expertos, reporte de casos o protocolos de atención.

Analicemos la interpretación y el uso de recomendaciones en forma muy básica, ante una eventual toma de decisiones:

- a) El uso de un determinado fármaco tiene una recomendación IA; quiere decir que el fármaco en cuestión es seguro para su uso en determinadas circunstancias especificadas y cuenta con estudios en cuantía y calidad suficientes que así lo demuestran. Llevarlo a la práctica desde el punto de vista de la MBE brindaría muchos beneficios, y en contrapartida el no utilizarlo o intercambiarlo por otro de menor peso, podría poner en tela de juicio el actuar.
- b) Un determinado procedimiento invasivo tiene una recomendación IIIA, sería el otro extremo de lo anteriormente expuesto, practicarlo sería dañino para la salud del paciente.
- c) Ahora bien si ante una determinada estrategia terapéutica nos encontramos con dos opciones, dentro de las cuales se compara del método X vs. el método Y, con una estratificación de Ila vs. IIb respectivamente, desde el punto de la MBE tendríamos dos estrategias plausibles de ser aplicadas tranquilamente, sin un beneficio o contraindicación incuestionable, la diferencia estaría básicamente en el tipo y número de estudios que los avalan (con mayor peso en éste caso para la intervención X) y entrarían a tallar otros elementos para definir una u otra estrategia, lo cual se dilucidará con el correr del capítulo.
- d) Existen algunos métodos diagnósticos o terapéuticos cuya base fisiopatológica y resultados son tan categóricos, que con un sólo estudio

altamente concluyente catapultaron su inclusión a la categoría de IA, por ejemplo, con el estudio RALES, la espironolactona es catalogada como una recomendación IA en las guías de insuficiencia cardiaca, sin esperar mucho tiempo para acumular más evidencia científica que lo apoye o detracte. En otro cabo tenemos a las experiencias prácticas respaldadas solo por la evidencia teórica, sin la posibilidad de la comprobación práctica por probables faltas a la ética, lo que evitó que tuvieran un cúmulo importante de estudios, como un ejemplo a citar es el uso de la nitroglicerina en el contexto del síndrome coronario agudo, en donde hacer un estudio randomizado a doble ciego con placebo sería infligir normas éticas.

La toma de decisiones basadas exclusivamente en las guías, aportan mucha luz, así como grises y hasta oscuridad en algunas situaciones, como ya se mencionó anteriormente son “guías”, y como tal, su aplicación debe ser interpretada y estudiada en cada caso puntual y jamás ser aplicadas cual “receta de cocina”. Es una buena práctica, estudiarlas siempre a profundidad, es decir a partir de todos los estudios que llevaron a la génesis de una determinada recomendación para así sacarle el mayor provecho posible para su aplicación.

### **Tips útiles al analizar artículos científicos:**

En los últimos años la producción de artículos de investigación ha sido inmensa, así también el número de revistas científicas que las canalizan, a tal modo que hoy día es imposible leer o tratar de leer toda la evidencia emergente.

Es en este punto donde se inicia este tópico, que es en la selección de revistas científicas en base a lo expuesto anteriormente, para ello echaremos mano a distintos ítems a considerar, como el prestigio que la revista ganó en la especialidad de interés, el factor de impacto, las citas obtenidas en google scholar y el índice “h”. A partir de aquí seleccionamos el artículo de nuestro interés sin el fin de profundizar en todos sus aspectos como lo haría un experto en metodología de la investigación, sino más bien, sirviendo a propósitos más acordes a los del médico asistencialista, que pasa por la actualización de conocimientos científicos para su consecuente puesta en práctica:

1. Al seleccionar una buena revista, es de asumir la existencia de una serie de revisores, tanto más encumbrados cuanto más prestigiosa es la revista, razón

por la cual la metodología en si no sería mayormente puesta en tela de juicio por el noble investigador, en tanto mejor sea su elección.

Es importante hacer la salvedad de que éstas revistas también tienen un sesgo metodológico, la cual es secundaria a su propia búsqueda de excelencia, denominada “sesgo de publicación positiva”, que consiste en que casi siempre buscan publicar estudios con resultados positivos en relación con los objetivos de la investigación, persiguiendo primicias con gran impacto, dejando de lado aquellos que no cumplieren con esta tesitura. Es de comentar que en este punto los comités de las guías siempre nos darán una mano haciendo notar este fenómeno.

2. Buscar una correcta correlación entre el título, el objetivo y la conclusión del trabajo como forma de evaluación inicial de un artículo, por ejemplo:  
Título: “Mejoría de la mortalidad cardiovascular con el uso del fármaco  $\alpha$ -D689 en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica”.  
Objetivo: “Reducir la mortalidad cardiovascular con el uso del fármaco  $\alpha$ -D689”  
Conclusión: “Se logró reducir la mortalidad cardiovascular en un 18% en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica con el uso del fármaco  $\alpha$ -D689”  
Esta simple evaluación pone en contexto la utilidad que le pudiéramos dar a la información que se desarrolló en dicho artículo y la factibilidad de aplicarlo en pacientes con insuficiencia cardiaca sistólica.
3. Evaluar la metodología en los siguientes ítems con el siguiente propósito:
  - La población global del estudio: a) el número, cuanto mayor es el mismo, el azar juega un papel menor y la certidumbre se acrecienta; b) la edad, raza y geografía de la población en estudio, lo cual dirá si es aplicable al tipo de pacientes que toca tratar diariamente.
  - Los criterios de inclusión y exclusión, que es realmente en donde se determina en quien pudiera o no usarse por ejemplo el fármaco hipotético  $\alpha$ -D689. Esto al transpolar las características que deberían tener los pacientes para su uso, por ejemplo, el rango etario, Clase Funcional II-III (NYHA), Fracción de Eyección < 35%, el límite de la función renal, etc.

- El diseño de estudio, por ejemplo, identificar un estudio de casos y controles con placebo, pone en evidencia el peso estadístico del mismo, muy utilizado por ejemplo al comparar dos tipos de fármacos, brindando información con alta credibilidad, ya que es el método de elección para mencionado fin. Existe también otro tipo de información útil como ¿qué fármacos acompañaron al grupo intervención?, ya que en la vida real los pacientes siempre son polimedicados y sería ideal poder caracterizar de este modo a los sujetos incluidos y prever interacciones medicamentosas.
  - La dosis inicial y máxima del fármaco, el tiempo en su titulación o las circunstancias necesarias para la realización de algún estudio complementario.
  - Los efectos colaterales más esperados, un parámetro que desde el universo controlado del estudio de investigación nos pondría en alerta con que complicaciones nos podemos encontrar.
  - Las limitaciones del estudio, que es una especie de sinceramiento de los autores sobre los alcances reales del estudio.
4. Existen ciertos conceptos básicos que son necesarios entenderlos en su esencia para poder llevar los resultados de una investigación clínica al mundo real, si bien son muchos, se citan solo aquellos que más utilidad presentarían para dicho fin.
- La Fase en que se encuentra un estudio: su valoración habla del efecto de una terapia:
    - a) **Fase 0:** de experimento preclínico con animales, se evalúa la toxicidad de un potencial fármaco.
    - b) **Fase I:** valora la tolerancia de estudios en seres humanos, se realiza en grupos pequeños y controlados de voluntarios con seguimiento estrecho.
    - c) **Fase II:** el objetivo de esta fase es evaluar el efecto de la terapia en humanos, sobre alguna patología en particular, se evalúa la efectividad sobre la misma

d) **Fase III:** es la más conocida y es en la cual se presentan las investigaciones, se demuestra la eficacia de una determinada terapia. Si los resultados fueron buenos se puede comercializar el producto.

e) **Fase IV:** evalúa los efectos a mediano y largo plazo, lo que no se pudo hacer en las fases anteriores.

- La presentación de datos: uno de los más frecuentes acompañantes de estos es la “p”, que objetiva la presencia del azar en los resultados, una “p significativa” se considera a partir de valores inferiores a 0.05 y lógicamente es más significativas cuantos menores sean sus valores. La “p significativa” en otra forma de entenderlo, implica que dichos datos son muy reproducibles en iguales circunstancias y por ende el nivel de certidumbre es alto, lo cual lo hace ciertamente confiable, veamos el siguiente ejemplo: el fármaco G875 en relación al placebo reduce el riesgo del combinado morbimortalidad en un 0.82, con una p: 0.0002, mejorando la sobrevivencia en un 18 %, éste valor de la “p” certifica que los beneficios son muy significativos, ya que les muy alta la posibilidad de reproducir en las mismas circunstancias de los efectos positivos de la droga estudiada, todo ya que el azar no jugó casi ningún papel en los resultados previos, lo que no hubiera sido así con un valor de “p” de 0.152 donde el azar estaría al orden del día.
- La interrupción anticipada de estudios de investigación: es una forma algo subjetiva de valorar positivamente una investigación clínica, se puede observar esta situación en estudios de casos y controles, en donde por ejemplo los efectos positivos en el grupo intervención (medicamento en estudio), son muy importantes en términos de beneficios en relación con el grupo control (placebo), y por lo cuál sería poco ético continuar privando de beneficio a este grupo. En este ámbito podríamos citar a los estudios realizados con los I-ECA y más recientemente con el sacubitril-valsartan para la insuficiencia cardiaca. La interrupción por estas circunstancias es un hecho en sí que brinda gran expectativa para la prescripción de un determinado fármaco, por los eventualmente grandes beneficios clínicos y la premura con la que se puede constatarlos.

- El análisis del riesgo: es muy frecuente que en un “estudio clínico” se investigue los riesgos entre dos grupos, evaluando la probabilidad en la que se puede presentar una enfermedad o complicación, incluyendo también la identificación de un determinado factor para el desarrollo de enfermedades, así como los riesgos en intervenciones medicamentosas o procedimentales.

Al continuar profundizando en la interpretación de los “estudios clínicos”, se analizará en forma sencilla los mínimos parámetros a conocer para una correcta interpretación de la evidencia emergente en lo relacionado a los riesgos:

a) La reducción absoluta del riesgo (RAR): ésta en el contexto de un estudio de intervención farmacológica, se define como la diferencia entre el riesgo en el grupo control ( $R_c$ ) y el riesgo en el grupo con la terapia a ensayar ( $R_{te}$ ), su expresión es  $RAR = R_c - R_{te}$ . En el emblemático estudio 4S (Scandinavian Simvastatin Survival Study) que demostró beneficios sobre la morbimortalidad cardiovascular con el uso de simvastatina, la RAR de un evento isquémico coronario fue calculado con los siguientes datos  $RAR = 0,085 - 0,05 = 0,035$ ; entonces por deducción cada paciente tratado con dicho fármaco tendrían 0,035 veces menos probabilidad de morir por un evento cardiovascular mayor, como el infarto agudo de miocardio, que su homólogo en el grupo control, éstos números pareciera pequeños, pero por cada 100 pacientes tratados se evitarían 3,5 eventos, por cada 1000 serían 35 y así sucesivamente a mayor número de pacientes mayor número de beneficiados consecuentemente. Es obvio que si el resultado es 0 el impacto de la terapia en términos de beneficio es inexistente, con valores positivos existe fuerza de asociación y los negativos develan su ineficacia hasta el punto de ser contraproducente.

b) Riesgo relativo, como en capítulos anteriores ya se ha definido, es la relación entre dos factores de riesgo, en el tenor de la evaluación de ensayos clínicos podríamos encararlo matemáticamente como el cociente de dos riesgos, es decir  $R = R_c / R_{te}$ , volviendo a utilizar los datos del estudio 4S sería  $0,085 / 0,05 = 1,7$ , lo que se interpretaría como que los pacientes que recibieron placebo, tuvieron 1,7 más probabilidad de morir por infarto de miocardio; otra forma de presentarlo es modificando el numerador  $R = R_{te} / R_c$  de donde se obtiene

$R=0,05/0,085= 0,59$  deduciendo que el uso de simvastatina es menor al 0, y cualquier valor menor a 1 significa que el grupo numerador en este caso la simvastatina tiene menor riesgo relativo, o inclusive un efecto protector, ésta es otra forma de interpretación de datos.

Entonces si el  $RR=1$  no hay diferencias de riesgo, si  $RR>1$  el riesgo del grupo numerador es mayor al denominador y si  $RR<1$  el riesgo del grupo denominador es mayor que el numerador.

c) La reducción relativa al suceso de riesgo(RRR), es un parámetro muy utilizado en el análisis del riesgo en los ensayos clínicos, cuando el riesgo del grupo control es muy grande en relación al grupo intervención, se expresa en términos de “el fármaco X reduce la mortalidad en un Y %” , nuevamente con el ejemplo del estudio 4S, si expresamos en forma de ecuación lo descrito tendríamos que el  $RRR= RAR/R_c$  por lo cual si remplazamos con sus valores tendríamos  $RRR= 0,035/0,085= 0,41$  y llevado a porcentajes sería del 41%, de donde podríamos decir que “el uso de simvastatina podría disminuir la mortalidad por infarto de miocardio a un 41%”.

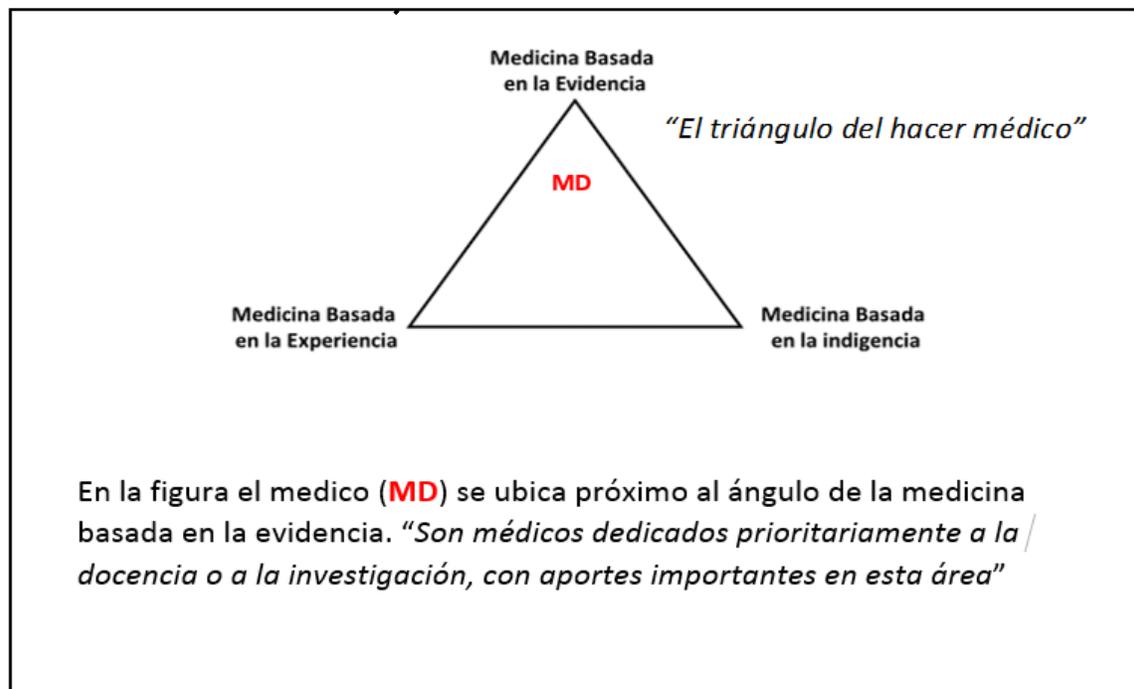
d) El número necesario de pacientes a tratar(NNT) es uno de los parámetros más ocupados a la hora de evaluar el resultado de estudios clínicos, al calcular el número necesario de pacientes a tratar con un determinado fármaco, para poder visibilizar los resultados positivos del mismo, su expresión matemática sería la de  $NNT= 1/RAR$ , de vuelta con los valores del estudio de la simvastatina sería,  $RRR= 1/0,035=28,57$  redondeado a 29, de donde se enunciaría que “con el uso de simvastatina al tratar 29 pacientes se lograría salvar una vida”. Ejemplos de estos son, sacubitril-valsartan en el estudio PARADIGM-HF con una NNT de 22 para la reducción de muerte e internaciones por causa cardiovascular, NNT de 14 en I-ECA en el estudio SOLVD

5. Revisiones sistemáticas-metaanálisis: éste tipo de estudios brinda ciertas respuestas a incógnitas que no se abordaron en forma inicial en los estudios, aumentan el número de pacientes incluidos en el estudio de un determinado fenómeno, al agrupar ensayos clínicos con un diseño similar, en poblaciones homogéneas en sus características, con lo cual potencia la fuerza de los resultados al llevar a la mínima expresión el azar, así también universaliza

dichos resultados ya que en la mayoría de las ocasiones incluyen estudios internacionales.

**Al evaluar dichos estudios es de considerar:**

- Los criterios para la selección de los estudios incluidos y excluidos, para definir la probabilidad de un sesgo en la selección de estos, por ejemplo, al seleccionar solamente estudios que estén a favor de un determinado fármaco, procedimiento o riesgo calculado y excluir a los que no tuvieran un resultado similar.
- Considerar si la revisión incluye estudios aleatorizados y relevantes.
- Evaluar el índice de heterogeneidad, como se mencionó la validez de los resultados son mucho más importantes cuanto más homogénea es la población en estudio, así que la presencia de heterogeneidad es un criterio de evaluación importante, entre los elementos estadísticos para evaluarla se tiene a los siguientes índices, el Q, H y el  $I^2$ , de los cuales el más fácilmente interpretable es éste último, en donde un  $I^2 \leq 25\%$  es considerado de baja heterogeneidad, un  $I^2 = 50\%$  es de moderada heterogeneidad y una  $I^2 \geq 75\%$  es alta.
- Determinar la utilidad práctica de los resultados al responder ciertas preguntas: ¿son aplicables los hallazgos a mi paciente?, ¿es factible la intervención en mi paciente?, ¿cuál es el riesgo-beneficio de aplicar este resultado sobre un caso en particular?
- Identificar la “p” para lograr objetivar la fuerza estadística de los resultados en conjunto, habla de la relación con el azar.



### ***Medicina basada en la experiencia:***

Una definición de experiencia pudiera ser, “el conjunto de pericias en un determinado ámbito de la vida, que se adquiere a partir de haberla realizado, vivido, sentido o sufrido una o más veces”; este concepto un tanto amplio en su concepción aplicada a la medicina, tendría ciertos bemoles, pero no escaparía a la idea central en ella.

Como se tiene en claro que la “medicina es ciencia y arte”, la “ciencia” en ella requiere generar y demostrar hipótesis, lo cual generalmente suele ser un proceso de prueba y error, hasta lograr grandes descubrimientos tras muchos intentos protocolizados, así también, como es “arte” requiere del conocimiento y la habilidad del *cómo hacerlo* y un aprendizaje continuo en base al haberlo puesto en

práctica cientos de veces, hasta que la sutileza y gracia en las obras salgan a la luz próximos a estándares de perfección, ¿esto no es en si acumular experiencia?

Si se analiza lo que la experiencia brinda a la medicina, es posible individualizar distintos aspectos, que pueden ir desde potenciar su práctica en un impulso continuo hacia la excelencia, o ser un freno al crecimiento de esta o en el peor escenario un factor de retroceso. En base a estas afirmaciones examinemos las interacciones entre la experiencia y la medicina:

- a) La experiencia como un pilar en el manejo práctico: ciertos tipos de pericias médicas, ya sea en el manejo clínico de patologías en el consultorio, la sala de urgencias o en la realización de determinados tipos de procedimientos, con el tiempo y la actitud correcta generará innegablemente un grado creciente y continuo de aprendizaje, lo cual se traducirá en pericia y seguridad, siempre en proporción lineal o exponencial en tanto que el médico pueda identificar y asimilar los pormenores y variables de los casos en los que le toque intervenir, tanto más a mayor número de las mismas.

Sin embargo, es importante destacar que la experiencia no solo está ligada al número de casos en un determinado lapso, sino también a las reflexiones que se realicen tras el término de cada jornada, sobre los avances personales que se han logrado en el desarrollo de una determinada habilidad, así como los errores cometidos a ser mejorados ante un caso similar. Este auto feedback impuesto es un importante método de crecimiento personal-profesional que llevó y lo seguirá haciendo a todos los galenos a ser más eficientes y eficaces en sus intervenciones.

La experiencia en sí es la base en donde se asientan las sistematizaciones que derivan en los protocolos, que dan cuerpo a una práctica que permite encontrar puntos altos a seguir puliendo y déficit a corregir, creando un horizonte bien definido en la búsqueda de la excelencia, a través de la práctica consiente, siempre nutrido en el intercambio de experiencias con colegas en pro de la mejora personal e idealmente de equipos.

- b) Cuando la experiencia es un freno al crecimiento: tras terminar la formación universitaria, la cual es mayormente teórica, en el internado el joven médico inicia sus primeros pasos en la práctica efectiva con el paciente, luego en forma súper intensiva y sistematizada en las residencias médicas, y quienes no acceden a la misma, ganan experiencia generalmente bajo el tutelaje de un médico-mentor de más usanza, y así suplir la adquisición reglada del manejo propiamente dicho del paciente que brinda la residencia.

Es de mencionar, que muchas veces que éste salto gigante y gratificante, de lo teórico a lo práctico, que el medio va teniendo conforme desarrolla habilidades en su caminar profesional, es catalizado por un buen tutelaje que facilita éste crecimiento, aunque con el riesgo de que se convierta en un método de aprendizaje que requiere menos esfuerzos, del buscar, seleccionar y valorar la información al respecto de un tema, para posteriormente confrontarlo con la experiencia de expertos y posteriormente llevarlo a su interiorización. Esto puede traer aparejado el desarrollo de un aspecto no muy luminoso de la medicina consistente en aprender en la comodidad de replicar la experiencia de un colega. Grafiquemos el aspecto negativo de lo descrito anteriormente con un ejemplo, un residente de tercer año que instruye en forma práctica a un prosélito para el tratamiento de un coma hiperosmolar, éste lo asimila en minutos, resolviendo el caso y salvando la vida a un paciente. Ante la efectividad en la intervención y la gran dosis de endorfina al resolver un problema médico complejo, con los conocimientos aprendidos cómodamente en base a la experiencia del compañero, el novel médico se ve tentado por este camino como método preponderante de crecimiento profesional, siendo este ejemplo mucho más marcado para procedimientos de diagnóstico o invasión. Esto rompe el equilibrio entre la medicina, ciencia y arte, y el “cómo se hace” pasa a pesar más del “por qué motivo se hace”, llevando a la cómoda posición de ser sólo una copia de actuar de colegas. El proceso de depositar en la experiencia propia y de ajenos, la forma de incorporar conocimientos, y pasar a confiar sobre la misma toda una carrera, puede traer aparejado unos problemas fundamentales, la cuales podemos citar:

- El ignorar las razones científicas que motivan a ciertos procedimientos.
- El disminuir la capacidad de búsquedas bibliográficas en procura de la resolución de algún caso.
- El tener un cierto letargo al adquirir conocimientos y habilidades en relación a ciertos avances médicos.
- Continuar en el tiempo el ciclo de algún error en la práctica que va pasando de generación en generación.

- c) El aspecto más oscuro de la experiencia: consignar todas las decisiones médicas sólo a la experiencia, es sin lugar a duda es una forma más de demostrar que los extremos en la vida casi nunca tienen finales regocijantes, increíblemente con todos los avances médicos, basados en investigaciones, la globalización y democratización del acceso a esta información, existen aún colegas que dan mucho peso específico a su experiencia.

Como ya se explicó su génesis quizás radique en la comodidad que presenta, ya desde su aprendizaje a partir de los primeros pasos como médico, hasta que evolucionó negativamente en base a la cada vez menor cantidad de tiempo disponible para la lectura o la participación a congresos, simposios, conversatorios, o quizás simplemente la seguridad de lo conocido ante el riesgo de lo desconocido con la innovación, o a un nivel más profundo, sea el producto de un sistema que desmotiva desde la formación académica al no inculcar la autosuperación, la competencia sana o no brindar las armas para el crecimiento continuo, y es así, como incluso en ambientes académicos tenemos a algunos médicos residentes replicadores del proceder de sus superiores, así como a los médicos “youtubers y googleadores” que realmente representan a la antítesis del médico aplicado al estudio y a la ciencia. Por otra parte, también tenemos a los “especialistas por correspondencia”, sin tutelaje ni práctica alguna, con un nivel cuestionable de desenvolvimiento profesional, que obtuvieron ciertas habilidades en resolver situaciones médicas en su mayor parte por un éxito azaroso, que en un ambiente de trabajo con poca exigencia académica se solidificó en esta forma de transitar el camino de la medicina.

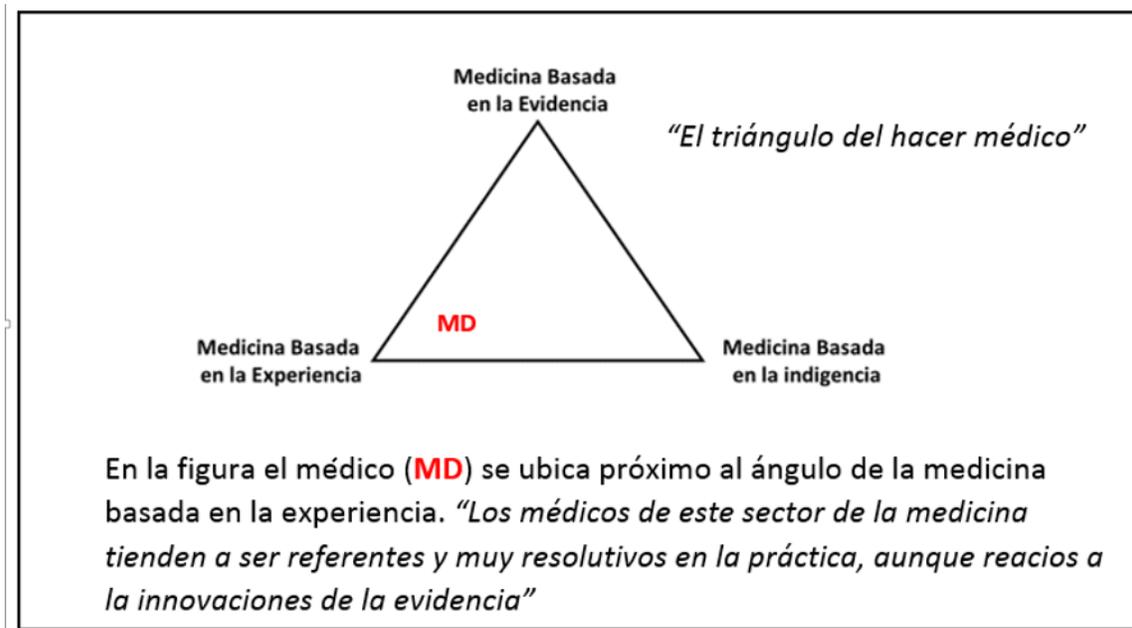
Otro practicante de esta medicina desbalanceada a la experiencia práctica como pilar, son aquellos que por similitud podríamos denominar “médicos Peter Pan”, quienes tuvieron una formación de élite en muchos casos, logrando un nivel de práctica respetable pero que con el paso del tiempo cual Peter Pan en un mundo fantástico se negaron a seguir creciendo con los nuevos avances de la ciencia.

En resumen, esta medicina basada exclusivamente en la experiencia tiene serias consecuencias que mellan en la calidad del médico, en base a los siguientes puntos:

- Nula o deficiente capacidad de adquirir nuevas habilidades de calidad.
- Limitar la capacidad de debatir con colegas más actualizados y esto lleva al auto aislamiento en la práctica.

- Pensar erróneamente que la experiencia individual es suficiente como para tomar en consideración la experiencia de otros colegas sobre ciertos avances o nuevas técnicas para resolver patologías de forma más eficiente o eficaz.
- Una incapacidad operativa para buscar información de calidad para ayudar a un paciente.
- Dilatar la derivación de pacientes a colegas o centros con tecnología para la resolución de casos complejos.

La experiencia es sin lugar a duda un pilar fundamental en la práctica médica, en su justa medida, un exceso o la ausencia de esta privaría el desarrollar todo el profesional.



### ***Medicina basada en la economía (indigencia).***

Este título tan “particular” transmitido en forma jocosa por el Dr. Ricardo Iglesias, célebre cardiólogo y conferencista argentino, haciendo alusión a la práctica de la

medicina en un medio en donde los recursos económicos no abundan, propio de los países en vías de desarrollo.

Es un hecho innegable que a más recursos económicos la tecnología en medicina se vuelve más accesible, así como el desarrollo y el acceso a la investigación, lo cual trae consigo un alto grado de eficiencia, eficacia y efectividad fácilmente objetivables, más aún al tratarse de patologías complejas, en donde el acceso a la tecnología se hace indispensable.

Los recursos con los que cuenta una determinada institución terminan por delimitar el tipo de pacientes a tratar, la conformación predominante de médicos en sus planteles, así como inclusive el soporte administrativo que cataliza todas las intervenciones médicas a partir de brindar la logística suficiente.

Esta visión aparentemente muy mercantil, también influye hasta en temas como la calidad de la atención médica, ya que interviene directa e indirectamente en la formación continua de los mismos; hecho evidenciable al comparar la eficacia de los equipos médicos hospitalares de especializados de más de 1000 camas, en un país de primer mundo con abundantes recursos, con un equipos de pequeños hospitales de 100 camas en una región de bajos ingresos, obviamente las diferencias son muy marcadas en términos prácticos y hablan por si mismas.

Para lograr desmenuzar tangiblemente esta interacción de la economía con la práctica médica moderna, enfrentemos extremos de realidades, dejando de lado los puntos intermedios como una manera de contrastar bondades y desventajas; para dicho fin denominaremos “dives hospitium” a la práctica médica en un medio de mayores recursos económicos y “villa hospitium” a su contraparte menos favorecida:

- a) Dives hospitium: al analizar la salud poblacional a nivel mundial veremos que estos poseen números bastantes favorables en países con una economía progresiva y estable, reflejada en los distintos marcadores de salud poblacional, aún considerando el componente multifactorial, que incluye no sólo acceso a la atención médica, sino en gran parte a la universalidad de la educación, a la infraestructura material, para una vida familiar y social cómoda y protegida, alcanzando así en términos prácticos una sociedad con muchas más ventajas en lograr buenos niveles de salud física, mental y social. En este contexto al analizar la práctica médica empezando por el acceso organizado a la salud, que casi siempre es en forma sistematizada y

consecuentemente temprana, es un resultado de estamentos y personal designado para canalizar las necesidades sociales a una respuesta médica precoz, tanto en acceder a la consulta, así como a una variedad de estudios complementarios, que hace que la transición desde la hipótesis diagnóstica hasta su confirmación sea en el menor tiempo posible, y que el médico tenga la posibilidad de seleccionar el método ideal para dicho fin, en base al valor predictivo y su factibilidad técnica, es decir, con opción a la prueba “gold standard” de ser requerido, consiguiendo resultados ideales en el menor tiempo posible, logrando una firmeza diagnóstica con un buen rendimiento en la relación *tiempo-resolución*.

El mismo concepto de que los recursos facilitan la práctica médica de primera línea de atención, se aplica a la posibilidad de contar con sistemas organizados con múltiples servicios especializados en una segunda línea, que brindan la posibilidad de realizar interconsultas con referentes de distintas áreas de la medicina, en caso de necesidad de atención multidisciplinaria para la resolución de casos complejos, o el acceso a tecnología en la intervención de pacientes ya sea estándar o de última generación o inclusive aquellas en desarrollo en centros de investigación.

Todo lo expuesto muestra un mundo ideal para la práctica médica sin preocupaciones aparentes por la parte económica, sin embargo esto no es tan idílico como se muestra, ya que existe una exigencia continua por excelentes resultados a menor tiempo y costo por los administradores hospitalarios, o los prestadores de servicios, lo cual conlleva al peligro de moldear médicos en base a estas necesidades, que en procura constante de lograr diagnósticos a corto plazo, dejan cada vez más de lado la interacción con el paciente en desmedro de una correcta anamnesis y semiología al tener solo entre 10 a 15 min de tiempo para una entrevista, o un periodo límite de días de internación posibles y números de estudios a solicitar.

Esta necesidad de ser “resolutivo” en su versión más extremista, lleva al médico a actitudes poco reflexivas como aquel quien ni bien genera un esbozo de diagnóstico, solicita con premura múltiples estudios complementarios, cual “escopetazo de perdigones a una banda de pájaros” buscando alguna presa al azar, y así lograr el objetivo trazado por el apremio del sistema económico que en su abundancia exige optimización de recursos para mantenerse como tal.

Todo lo expuesto en párrafos anteriores, sin lugar a duda es una visión negativa en extremo, pero pensemos que todos los recursos disponibles obviamente son el producto de una administración celosa y eficiente.

Está de más decir que un equilibrio entre el método científico tradicional aplicado a la medicina y los estudios complementarios muy accesible a raíz de muchos recursos económicos, es el ideal de una medicina con excelencia sobresaliente.

- b) Villa hospitium: los recursos limitados en la práctica médica generan un marco potencial para resultados negativos en la resolución de patologías, por las carencias del sistema de salud predominante, con pobres intervenciones en la prevención y atención primaria a la población, situación directamente manifiesta por la falta de recursos humanos, insumos e infraestructuras, que difieren en el tiempo la asistencia médica, con una evolución de enfermedades prácticamente libre de medidas terapéuticas, que hace que la suma de sus complicaciones sobrecargue el sistema con mucha demanda en complejidad asistencial, todo en un feedback negativo de empobrecimiento asistencial.

Esta visión nuevamente es un extremo que en muchas ocasiones por adaptación, lleva a poner en práctica toda la pericia médica, en la recolección de datos semiológicos para lograr combinarlos con experiencia para lograr un diagnóstico, el cual muchas veces debe ser confirmado en base a instaurar una terapéutica, basada en la prevalencia de un agente causal predominante o buscando la recuperación del paciente en torno a objetivos bien específicos, como por ejemplo el de simplemente obtener una estabilidad del medio interno, tomando como parámetro la recuperación solo la clínica, o a tomar actitudes invasivas en torno a ciertas patologías ante la ausencia de métodos más sofisticados no invasivos.

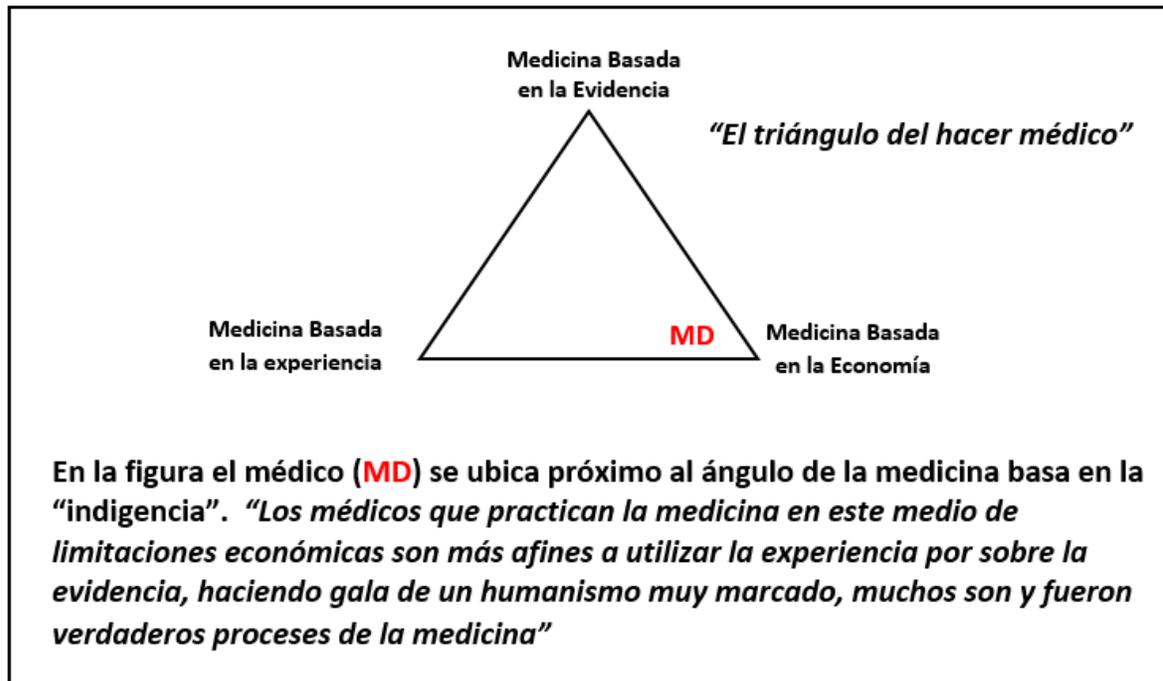
Este ambiente de carencias también conlleva a sesgar la visión médica, dando un valor muy alto a la experiencia personal en la resolución “práctica” de patologías por sobre lo que la evidencia sugiere.

En otra esfera de afección, genera una desmotivación ante lo frustrante de no contar con los medios necesarios para la resolución de enfermedades en un tiempo ideal, dilatando la misma ante la generación de recursos por parte de los pacientes, lo que atenta directamente en contra el buen resultado terapéutico.

En estos sistemas el humanismo se acrecienta en el médico, al estar directamente relacionado con el tratar de generar los recursos para su paciente, o en el polo opuesto se crea un distanciamiento emocional ante la impotencia de no contar con elementos para hacer frente al dolor del

sufrimiento humano, como una suerte protección personal hasta en el extremo llegar a la indolencia.

De nuevo, no está demás decir que el ideal sería contar con los recursos para una práctica médica diligente, y poder ratificar diagnósticos e intervenir a tiempo y en forma, sobre las distintas patologías a tratar.



### *La decisión médica.*

El resultado del correcto articulado entre los datos epidemiológicos recogidos y las particularidades de la presentación clínica determinan la configuración de las hipótesis diagnósticas, a las cuales se busca comprobarlas o rechazarlas con los estudios complementarios, para posteriormente lograr ensamblar una unidad diagnóstica certera, y en base a la misma se poder echar mano a la terapéutica más efectiva para lograr una la solución final a una determinada dolencia. Este manejo estructurado y sistematizado, necesita a cada paso la selección de entre múltiples opciones, es decir, necesita de un correcto actuar médico etapa tras etapa, lo cuál demanda de todo el arsenal de habilidades médicas, que pueden ser innatas o por suerte en la mayoría de los casos aprendida.

Para la toma de buenas decisiones, no es suficiente sólo el conocimiento teórico y práctico del manejo de patologías, que son los conocimientos que el médico recolectó durante los años de su formación.

El galeno comprometido con la excelencia deberá tomar decisiones considerando siempre todos los aspectos que condicionen, limiten o favorezcan a la toma de las mismas, para lo cual sin lugar a duda debe estar consiente del lugar que ocupa dentro del triángulo de la medicina, que como ya se explicó está limitada en el área comprendida entre la evidencia científica, la experiencia personal o de equipo y las condiciones económicas en la que se encuentre todo en un equilibrio ideal entre sus componentes.

El médico debe posicionarse dentro del área del triángulo de la práctica médica ubicándose más próximos al vértice en el cual le toque hacer pie en el mundo de la medicina, tratando de mantener siempre sus decisiones en forma equidistantes a los componentes de esta figura geométrica, esto definirá el nivel de su pericia, así como su papel en el mundo de la medicina.

En el mundo real el médico es llevado consciente o inconscientemente a uno de los ángulos de la geometría descripta y consecuentemente llevar a cabo la selección de opciones, es decir, ésta es la base de la toma de decisiones. Es de constatar que dentro de esta área su posición no es estática, sino más bien muy dinámica, moviéndose de acuerdo con sus circunstancias la cual esta conformada también por las características particulares de su personalidad, sus objetivos, preferencias o simplemente su confort.

Analicemos esta dinámica en forma detallada y tangible, en distintas circunstancias hipotéticas que influyen en la toma de decisiones:

- a) En un medio en donde la evidencia se vuelve primordial por sobre la experiencia o los recursos económicos, aquí la medicina se vuelve poco práctica, por ejemplo, el médico muy teórico se ve inclinado a solicitar ciertos estudios que pudieran estar fuera del alcance del sistema de salud o de los medios del paciente. Este prototipo de médico es muy común en los hospitales muy ligados a la enseñanza, en donde la idea académica a transmitir hace que se opte por métodos con alta carga de evidencia, sin dar lugar a la experiencia recolectada por los equipos de trabajo o de los médicos más antiguos que conocen la realidad práctica y los recursos con lo cual se equilibraría la balanza hacia una práctica óptima.
- b) En los servicios en donde existen médicos con una trayectoria reconocida y con un prestigio muy marcado entre sus colegas y acólitos, incluso algunos creadores de “escuelas de forma de hacer medicina” en una determinada

área, sus colaboradores más cercanos tienden a tomar ciertas decisiones basadas fundamentalmente en los criterios de estos “maestros”, lo cual ven sólidamente cimentada en sus años de experiencia y generalmente en un carácter con ciertos rasgos narcisistas.

Generalmente son líderes de equipos médico-quirúrgicos en donde se impone una cierta verticalidad, y en el que los debates sobre las innovaciones o las evidencias emergentes no tienen el mejor de los recibimientos, salvo que como en la jerga médica se expresa como “esto tiene la bendición” del jefe. Esta forma de hacer medicina se vuelve más marcada en términos de verticalidad, en donde se impone solo “lo que funciona en forma simple y probada”.

En estos casos es en donde la experiencia prima por sobre la evidencia y en donde los buenos resultados mantienen un “estatus quo”, basado en que las decisiones son tomadas primordialmente por un líder experimentado, y transmitida a los miembros con menor estatus o rodaje en la medicina a cambio de subordinación.

- c) En medios hospitalarios públicos, los “recursos económicos” por lo general no abundan y más aún en países en vías de desarrollo, en donde el manejo de ciertas patologías hacen que el médico sopesa en sus decisiones no solamente la evidencia disponible o su experiencia, sino más bien los recursos con los que cuenta, muchas veces haciendo una especie de medicina de “trinchera”, tomando decisiones prácticas por sobre científicas y una actitud con tinte de “asistencia social”, con una marcada lucha centrada en estrategias para generar y optimizar recursos económicos.

Es de resaltar que en este medio predominan los médicos comprometidos con la nobleza de la profesión, llegando a puntos en donde las grandes proezas terminan siendo historias inspiradoras o anécdotas edificantes para los médicos más jóvenes, o en su contraparte a tristes errores de criterios a raíz de sesgos basados en el exceso de empatía con el paciente, ya que en este medio la línea médico-paciente es muy fina por el “humanismo imperante”, o tristemente el desarrollo de un Bournot en el personal de blanco por continuas luchas contra sistemas muy viciados y empobrecidos, llegando a ser inclusive perverso.

### ***El paciente y las decisiones médicas:***

Ya quedo más que claro que la profesión médica tiene muchas caras, aristas y vértices, es así que los galenos a más de su ciencia y arte, están condicionado en su práctica en gran parte por su posición dentro del área de lo que es “el triángulo del hacer médico”, existen también otros elementos que tienen un peso específico importante al momento de la toma de decisiones médicas, y esto es a lo concerniente a la “esfera vital” del paciente, es decir los distintos aspectos de su vida como: su estructura y relacionamiento familiar, la profesión a la que se dedica, creencias religiosas, estatus social que ocupa, su salud mental, hasta incluso la zona geográfica en donde habita, y por sobre todo los aspectos que pudiéramos afectar en su camino a su realización personal o sus sueños.

Es en este punto en donde las decisiones médicas escapan a lo puramente estructurado en el razonamiento médico y a su práctica, a una perspectiva más amplia que abarca lo que podríamos denominar una “calidad vital total”, siempre bajo la atenta mirada de la bioética, que vela por los valores y los buenos principios que cimientan nuestra sociedad, y es por sobre todo de considerar nunca desertar a la voluntad y al deseo del paciente para con su salud, bajo el amparo de los derechos que la ley les confiere.

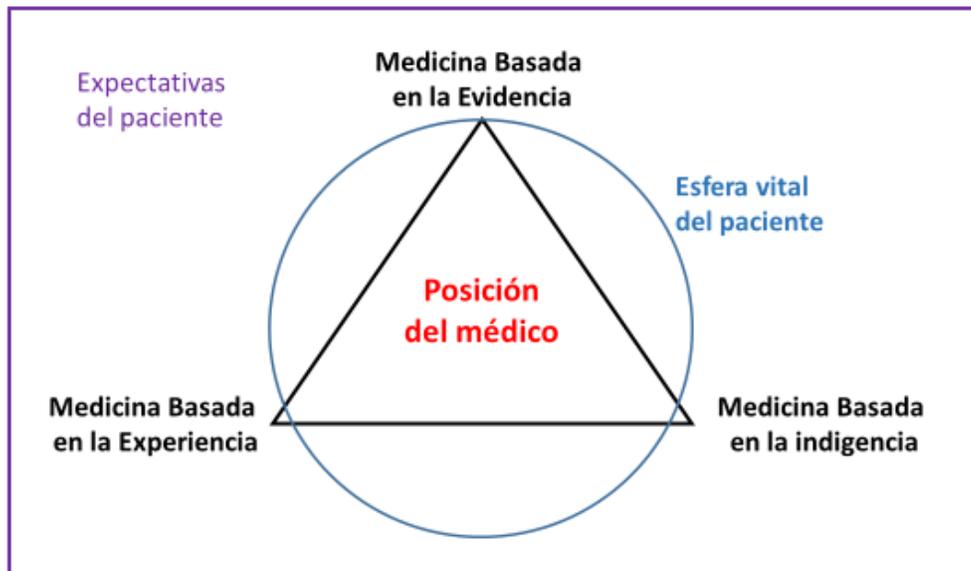
Es de destacar que la decisión médica ante un determinado acto o proceder, exige un informe detallado al paciente por parte del médico tratante, en forma honesta y asertiva, sobre los potenciales riesgos o beneficios de una determinada intervención, pero con la delicadeza de mantener un fino equilibrio al “no emitir juicios en base a preferencias personales o dejando absolutamente la decisión en las manos del paciente o familiares”.

Para lograr una correcta comunicación, debe trasmitirse la información científica, con practicidad y lógica, con una marcada sencillez, pero con el cuidado de no subestimar, todo con el fin de brindar una perspectiva integral al paciente de las probables repercusiones sobre su salud, y lograr así una decisión reflexionada por parte del paciente, que sea afín a sus intereses y congruentes con las expectativas de éxito del médico tratante.

El buen médico debe tener siempre presente las fortalezas y debilidades de su práctica, en base al lugar que se ocupa en el triángulo del hacer médico, las interacciones entre los elementos externos a lo eminentemente médico que pudiera afectar su correcto discernimiento.

Expresadas en un gráfico tenemos la decisión medica que se expresaría así:

La decisión médica debe tomarse considerando las fortalezas y debilidades en función al posicionamiento del médico ante la evidencia, experiencia y los recursos a su alcance; debe contemplar todo el universo que rodea al paciente y sus expectativas en la relación a su proyecto de vida.



**Resumen:**

- El compromiso del médico para con la salud del paciente, exige la mejor de las decisiones en las intervenciones para la resolución de sus afecciones.
- El médico debe tomar una postura equilibrada en sus decisiones, echando mano siempre de la mejor evidencia disponible, la experiencia de los referentes médicos de su entorno y los recursos con los que se cuenta.
- La medicina basada en la evidencia no solo despoja ciertas prácticas basadas exclusivamente en las experiencias y criterios personales, sino también brinda en forma resumida con objetividad la experiencia sistematizada de cientos de médicos en miles de pacientes.
- La experiencia en la práctica médica es indispensable como en cualquier otra profesión para el desarrollo de ciertas habilidades y destrezas.

- Los recursos económicos, interactúan directamente sobre distintos aspectos de la práctica médica, al constituirse en un facilitador o un limitante de las intervenciones médicas.
- Entender la relación, así como las fortalezas y limitaciones entre: las evidencias científicas, las experiencias médicas y la incidencia de la economía en la práctica diaria, ayudan al médico a hallar su papel en el mundo de la medicina al analizar sus inclinaciones personales, entendiendo así su propósito, y evitando frustraciones que pudiendo socavar su potencial.
- La buena decisión médica en base a todos los elementos disponibles siempre debe considerar la esfera vital del paciente, en lo referente al respeto irrestricto al proyecto de vida de este.

***Comentarios:*** Dr. Jorge Parras

¿Cómo aplicar la medicina a nuestros pacientes?, ¿de la manera que nos enseñaron nuestros profesores en la facultad de Medicina?, ¿o de lo que aprendimos de nuestros residentes superiores, si tuvimos la fortuna de acceder a este sistema de formación? ¿O deberíamos hacer una revisión de todos los datos disponibles sobre el problema que afecta a nuestros pacientes?

En este capítulo veremos las distintas opciones sobre cómo hacer medicina, aspecto clave en nuestra actividad. Encontrar el equilibrio que se ajuste mejor al paciente y a su contexto es un trabajo laborioso de cada médico con cada paciente. Para lograrlo disponemos de las herramientas que se explican con mucho detalle aquí.

La muy conocida Medicina Basada en la Evidencia, muchas veces incomprendida y mal interpretada se desgrana de una manera muy clara en este capítulo, pero también se discuten las limitaciones que tenemos todos los que trabajamos en contextos de cada vez más limitados recursos económicos, donde muchas veces es nuestra responsabilidad administrarlos de la manera más sabia.

Las formas de aplicar la medicina pueden ser muchas (basada en la evidencia, en la eminencia, en la vehemencia, en la elocuencia, en la providencia, etcétera<sup>1</sup>),

debemos aplicar la mejor combinación de todas ellas pensando en el foco de nuestra labor: el paciente.

- Isaacs D, Fitzgerald D. Seven alternatives to evidence-based medicine. *BMJ*. 1999 Dec 18-25;319(7225):1618. doi: 10.1136/bmj.319.7225.1618. PMID: 10600968; PMCID: PMC28313.

**Comentarios:** Dr. Santiago Gallo

*El enfoque del autor*

El autor encara que la toma de las mejores decisiones diagnósticas y terapéuticas son una responsabilidad constante del ejercicio profesional médico. Conceptúa que la práctica médica para la toma de estas decisiones utilizando un enfoque triangular que contempla la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), Medicina Basada en la Experiencia (MDEx) y la Medicina Basada en los Recursos limitados (MBR).

*El triángulo del hacer médico.*

En el triángulo de la MBE la describe de manera clara advirtiendo de sus ventajas y desventajas aclarando que no deben ser de carácter dogmática, proponiendo la metodología adecuada para la obtención de información a la cual se puede tener acceso en la actualidad y gozan de confiabilidad y seguridad por su nivel de calidad, contestando a la pregunta ¿que hago ahora con esta información?, propia del proceso de utilizar la data de la MBE. Aclara no olvidar y considerar que la MBE pudiera no estar acorde al 100% con el mundo real, describiendo posteriormente la metodología para leer e interpretar de manera adecuada cualquier publicación médica, déficit aún en el pregrado de la carrera médica como del post grado, lo que se da si es que no se promueve y realiza la investigación científica médica, la cual enriquece más la calidad de los médicos y especialistas formados, brindando soluciones a los problemas de salud observados en la atención del día a día.

Al ocuparse del vertice de la MBex , la experiencia médica no debe ser descartada, puesto que lo que se decida hacer le da validez o no a su quehacer diario, por eso el autor establece las dos caras de la experiencia médica, como un inicio o cuando esta más bien es freno sino se cuida desarrollarla. Brinda ejemplos de fenotipos porque se anida con facilidad, como lo es cuando describe el médico “Peter Pan” por ejemplo. Por ende, la MBex sola no puede suplir y

más puede ser perjudicial para la formación y por ende empeorar el ejercicio médico adecuado en la atención de los pacientes.

Por último en la MBR enfocada en la limitante de recursos que necesariamente gravitan sobre la calidad de la atención de los pacientes, la calidad del médico en formación, casi poca o nula investigación a implementarse utilizando dos categorías de hospitales “Dives hospitium” (con óptimos recursos) y “Villa hospitium” (con recursos inadecuados) sin embargo establece en cada uno de ellos no solo las ventajas sino también los riesgos a considerar que pondrían en una situación dificultosa y hasta negativa si se practican mal en su administración sin cuidar la calidad de la atención médica.

### *La decisión médica*

Abordando el concepto de decisión médica plantea el posicionamiento en que el médico estará recomendando siempre en medio del triángulo que los tres vértices de la MBE, MBEx y MBR lo desplazará, por ello es fundamental que este consciente, preparado con todas sus habilidades para que en la toma de las decisiones quepa la posibilidad mínima de una mala diagnóstico o terapéutica.

Plantea tres situaciones que atentan frente al desempeño médico con el paciente a) un medio en donde la evidencia se vuelve primordial por sobre la experiencia o los recursos económicos; b) en los servicios en donde existen médicos con una trayectoria reconocida y con un prestigio muy marcado entre sus colegas y acólitos y c) en medios hospitalarios públicos.

Concluye finalmente en el aspecto bioético en la atención del paciente en lo que atañe a su autonomía, justicia, beneficio y no maleficencia, cada una de ellas debe guiarlo en la toma de decisiones según este posicionado en el esquema triangular, con el paciente como una toda una persona.



## CAPÍTULO V



# LA ESCUADRA EN LA MEDICINA

La génesis y estructura de los errores más comunes en la práctica médica.

“Donde no hay decisiones, no hay vida”

J.J Dewey

## *La decisión médica:*

Tomar una decisión es dar una resolución definitiva a un determinado asunto, seleccionando una de entre varias opciones posibles. Siempre se espera que la persona que la tome se muestre segura y firme ante las mismas, como resultado de un proceso de reflexión profunda sobre los datos disponibles, manteniéndose invariablemente encuadrado por el sentido común, que lo aleje lo más posible de hacer juicios antojadizos.

La toma de decisiones son parte de la vida, cuanto más correctas sean, más próximo se esta de lograr los objetivos propuestos y en consecuencia un determinado propósito.

Existen ciertas particularidades al tomar decisiones, la más interesante de ellas es que se aprende a mejorar la calidad de éstas cuanto más complejas y delicadas sean, sin embargo, aunque los aciertos sumen confianza, las equivocaciones pulen su elaboración, hecho objetivable con el tiempo en la propiedad y sabiduría con las que se las toma.

Daniel Kahneman, estudió a profundidad los entretelones de la toma de decisiones y los expone en su obra “Pensar rápido, pensar despacio” en donde describe dos sistemas de pensamientos que interactúan entre sí en las tomas de decisiones:

- a) Una forma “rápida” llamada Sistema I, la cual se caracteriza por ser automatizada, estereotipada, intuitiva, económica en términos de energía mental y con la sensación de no tener control sobre la misma.
- b) La forma “lenta” llamada Sistema II, que es más bien lógica, analítica, calculadora, por lo cual más objetiva y controlada, aunque requiriendo un mayor consumo de energía mental.

La interacción entre ambos sistemas genera el marco para la toma de decisiones, que en su conjunto llevan a la realización de las distintas actividades en todos los

ámbitos de la vida, desde aquellas simples casi inconscientes, como la de levantarse de la cama y prepararse el café favorito en las mañanas, en modalidad casi “zombi” en donde claramente prevalece el Sistema I, o en aquellos actos complejos en donde predomina el Sistema II, como la de un ingeniero que concentrada y metódicamente realiza cálculos para la construcción de un edificio de gran altura.

La existencia de esta sistematización se debe a que poseemos cierto presupuesto limitado de energía mental para prestar atención sobre determinadas actividades y que al rebasarlas es muy probable que fracasemos como lo afirma Kahneman.

En términos simplistas existen circunstancias en donde una u otra forma de pensar nos brinda una solvencia práctica para la toma de decisiones, y consecuentemente un actuar correcto en busca de un determinado propósito.

Un modelo de interacción entre ambos sistemas, se puede ejemplificar al analizar el aprendizaje para conducir un automóvil, en primer lugar el instructor define el orden cronológico a realizarlo: girar la llave, apretar el embrague, llevar la palanca de cambios a la posición 1 y lentamente apretar el acelerador conforme se suelta el embrague en la misma relación, siempre con la vista al frente sostener el volante con firmeza dirigiéndolo para el destino seleccionado, y así con el mismo proceso pero en un cambio distinto, ya sea la posición 2, 3 o 4, tomando velocidad acorde a la necesidad del conductor, esto se aprende y realiza con el sistema de pensar lento o Sistema II, con las continuas prácticas los pasos a realizar se los va internalizando hasta hacerlo de forma semiconsciente con el Sistema I. Analizando el mismo ejemplo ya con un conductor experto, en una carretera sin tráfico utilizará predominantemente el Sistema I, en donde lo aprendido está almacenado en la memoria y su acceso es fácil y sin esfuerzo, lo que implica el uso de un mínimo de energía mental, esta es la economía energética que el cerebro busca siempre, permitiendo la posibilidad de un resto de energía y poder así viajar muchos kilómetros, y tener la posibilidad de activar el Sistema II solo a necesidad, como por ejemplo para la selección de la ruta en el GPS, o la interacción con otros vehículos, o el estacionar en un lugar pequeño, es decir actos que demandan mucha concentración y por ende energía mental.

Un hecho mucho más allá que el de despilfarrar energía mental con el uso incorrecto de los Sistemas, está en displicente resolución de problemas o en la realización de ciertas labores, como por ejemplo el enfocarse intensamente con el Sistema II, llevando a una concentración excesiva, lo que pudiera crear puntos

ciegos a ciertos detalles aledaños de importancia, como por ejemplo el mirar muy atentamente al frente al conducir y no prestar atención alrededor, lo que llevaría a no percatarse de la presencia y la velocidad con la que un transeúnte se dirige perpendicularmente a la ruta sobre la cual se está transitando, con un gran potencial de impactado. Otro ejemplo en el mismo orden, con el Sistema I, sería al aplicarlo a situaciones en donde se requiere una solución considerando todos los pormenores, esto acarrea el riesgo de un análisis superficial y consecuentemente errores, como el realizar una maniobra automovilística audaz sin los cálculos que verifiquen su posibilidad de ejecución.

Ya en el mundo médico, siempre existe este continuo conjugado entre estos sistemas, en forma inconsciente, desde los simples actos semiautomáticos como el de seguir un orden cronológico de desde el inicio de la consulta, hacer ordenes de estudios, recetas, todos estos realizados predominantemente con el Sistema I, casi de forma “automática”, así como los actos que requieren de la concentración que brinda el Sistema II, como los aspectos más complejos de un interrogatorio, el análisis del discurso del paciente y los detalles de su universo vital, como también la elaboración de las distintas hipótesis diagnósticas y la definición de los métodos para confirmarlos o descartarlos.

Idealmente ambos sistemas, en el ámbito médico también deberían ser conjugados y utilizados en el aspecto que corresponde, integrándolos para lograr el mayor rédito de cada uno, con un ahorro de energía mental que permita una atención focalizada en el mayor tiempo posible para el análisis de los casos a tratar, y lograr así el mayor rendimiento en términos de efectividad.

### ***Los orígenes del error en la toma de decisiones médicas:***

Existe una fórmula básica para el error en la toma de decisiones en general, obviamente a la cual las decisiones médicas no escapan, y es el uso del Sistema I por sobre el Sistema II en situaciones en las que se necesitan las características más analíticas, reflexivas y objetivas de este último, lo que lleva lastimosamente a tomar así decisiones de forma semiautomática, con superficialidad o hasta de forma reactiva y en un extremo muy polarizado llevando a reacciones viscerales.

Esta génesis del error en la toma de decisiones es explicada por el galardonado investigador judeo-americano ya presentado al inicio del capítulo, cuyos descubrimientos son el pilar sobre el cual se analiza la conducta médica, no solo el

de la translocación de los dos sistemas, sino también los engaños a los sentidos o la ausencia de una visión más integral y objetiva de las realidades lo que puede favorecer al uso displicente de los Sistemas.

### **Errores más comunes en la toma de decisiones:**

A continuación, los errores sistemáticos o sesgos que se presentan a la hora de tomar decisiones en la práctica médica, aun con el uso correcto de los dos sistemas, ya sean en la adquisición de información, su análisis, interpretación o simplemente en la forma de transmitir estos datos.

- a) Predisposición: en líneas generales la premisa inicial con la que se presenta una determinada situación tiene el potencial de sesgar las interpretaciones y las decisiones al respecto de un determinado tema, es lo que se denomina predisposición, el mundo médico no esquiva la misma, por ejemplo, en estas premisas:

- “Este paciente presenta una probabilidad de éxito al cambio valvular aórtico del 90%”

- “Este paciente presenta una tasa de complicaciones potencialmente mortales del 10%, al cambio valvular aórtico”.

El primer enunciado predispone a tomar la información en un tenor positivo y optimista, por el contrario, en la segunda afirmación se predispone a tomarlo con un tinte tendenciosamente negativo y pesimista. Evidentemente son dos caras de la misma información, lo cual pudiera impactar de distintas maneras al predisponer una actitud, ante una circunstancia que pudiera ser percibida de forma más o menos favorable sobre un dato objetivo. Esto es más neurálgico en tanto la información es analizada con el SISTEMA I, el cual no opone filtro alguno a la predisposición y su impacto, ya que carece de un análisis más profundo y detallado de variables, y trata de generar soluciones rápidas.

Otro ejemplo de predisposición es la que se produce ante la falsedad de una premisa inicial al comparar datos, por ejemplo si la premisa inicial fuese un número alto, formulado en forma empírica sobre un hecho, al compararlo con un número menor a pesar de haberse obtenido objetivamente, marcaría una diferencia irreal a punto de partida del primero, lo que pudiera sesgar una interpretación entre lo que pudiese representar esas cifras, esto también es factible en forma inversa con un número irreal inicialmente bajo y posteriormente alto, en un ejemplo, esto es como cuando el médico

exclama: - este paciente de 70 años, con disección tipo B, diabético, dislipidémico entre otras comorbilidades, es obviamente un paciente con altísimo riesgo quirúrgico, como mínimo del 50%, por lo cual “no” recomiendo su cirugía de reparación aórtica-, pero tras la interconsulta con un especialista se establece que, la estimación con de riesgo obtenida con un score cardiovascular determina que el *riesgo global* es del 8%, y ante la necesidad de la reparación quirúrgica se “si” se recomienda realizar su cirugía; considerando las características del SISTEMA I el consecuente pensamiento sería de que aparentemente un paciente que de un riesgo muy alto descendió a un riesgo muy bajo, con la consecuente posibilidad de relajación en términos de preparación, pero con el análisis más hacendoso del Sistema II, se dilucidaría que aun con esas cifras representan un alto riesgo a los estándares cardiovasculares.

- b) Juicios rápidos: se ha dejado bien en claro, que la mente tiene la particularidad de querer entablar juicios en el menor tiempo y esfuerzo posible, en procura de dar respuestas a distintas situaciones, a tal punto, que a veces no existan datos que confirmen o nieguen una relación de causa-efecto bien fundamentada. La mente en forma inconsciente siempre se las arregla para llenar estos espacios sin datos con información supuesta, concretando así la historia perfecta que la vuelva verosímil, que logre lo que se denominaría “coherencia cognitiva”, que no es otra cosa que una secuencia lógica de hechos que lleva a una conclusión razonable.

El Sistema I, es el protagonista inequívoco de este actuar, sin buscar en profundidad más datos, limitándose solo a los más accesibles sin recolectar todos los presentes, obviando e incluso alterando algunos con el fin de generar un juicio en forma precoz y por supuesto sin mayor análisis por su actuar con gran premura autoimpuesta, por ejemplo: un paciente joven ingresa a la sala de urgencias, con fiebre, disnea, subcrepitanes y con leucocitosis, apoyado en una placa radiológica no muy concluyente, esto llevo a que en el fragor de la urgencias y en la premura autoimpuesta del médico, llegara a configurar con mucha obviedad al diagnóstico de neumonía de la comunidad, “pero”, paso por alto el hecho de que no auscultó un soplo tubárico típico o imágenes concluyente de consolidaciones en una placa radiológica, lo que no le impidió tener mucha convicción en su diagnostico de neumonía, sin embargo y para mal, “paso por alto” un soplo en la región precordial, que daría el indicio de la

coexistencia de una endocarditis bacteriana aguda, que con el tiempo una ecocardiografía terminó por demostrar.

Otra manifestación del pensamiento rápido es el denominado efecto “halo”, en la cual se asume que la información faltante sobre una determinada persona por conocer se complementa con pensamientos positivos. Este efecto se puede observar cuando el apuesto y elegante tímido, a quien se le abre las puertas de la casa y de la billetera, a raíz de las ideas de relleno que se hace sobre sus cualidades como persona, cegados ante su estética apariencia y trato caballeresco. Nuevamente la pereza mental del Sistema I pasa factura, esto no es poco común en el mundo médico, como cuando una mujer de 17 años de apariencia angelical y elegantemente vestida, es acompañada de sus padres a la urgencia del hospital, la misma refiere dolor precordial con marcada excitación psicomotriz, todo en el contexto de lo que pareciera una aguda disputa familiar. El efecto “halo” lleva al médico a pensar en que se trata de una simple crisis de ansiedad, al asumirla como una niña caprichosa de clase alta con una sólida formación moral, pero con una rabieta casual, lo que deja pasar por alto una investigación más profunda que llevaría al hecho de que los síntomas aparecieron en el contexto del consumo desmedido de “cocaína” con un grupo de amigas, lo cual se mantuvo en secreto y por la cual surgieron los problemas inicialmente con los padres.

- c) La sobre simplificación: igual que en los anteriores puntos mecanismo en la génesis del error es el mismo, con la particularidad de que en la “sobre simplificación” la mente lleva a abordar un caso clínico como si se viera una película cuyo argumento es superficial y predecible, encontrando nuevamente una “coherencia cognitiva” a base de suposiciones de situaciones aparentemente obvias. En esta se asume que la presentación clínica es muy típica y por lo cual fácil de resolver con medidas comunes, concluyendo que es solo una cuestión de tiempo para su resolución. El ejemplo más representativo son las cefaleas atribuidas a la HTA, en donde el mero hecho de prescribir antihipertensivos pareciera ser suficiente, obviando profundizar en su evaluación etiológica, que van desde una simple cefalea tensional en el contexto de un síndrome de ansiedad generalizada, hasta un aneurisma o algún proceso expansivo cerebral. Nuevamente la comodidad del Sistema I nos lleva a obviar datos objetivos y conocidos como que el 95% de las veces la HTA es asintomática.

d) Estereotipos: estos sin lugar a duda, es una de las formas más rápidas y fáciles para emitir juicios y por ende, una forma práctica para ahorrar energía mental al no profundizar en análisis alguno, aunque también es la forma más común de cometer errores en todos los ámbitos de la vida, es de resaltar la verdad en esto, que hasta el saber popular ha generado frases como “no juzgues un libro por la tapa”, “juzgar a una persona no define quien es ella sino quien eres tú” entre otras frases alusivas.

Es increíble que en el universo de las decisiones médicas, es muy frecuente prejuizar ciertas situaciones con estereotipos, llevando a conclusiones diagnósticas rápidas y tendenciosas, como por ejemplo, esta señora es una “histérica”, es un “nativo” seguro solo tiene tuberculosis o secuelas pulmonares por la misma, ella es “histérica” quiere llamar la atención con sus distonías neurovegetativas, los abuelos son “mañosos y quejosos” por eso se niega a comer, entre otras decenas de formas de estereotipos lo cual hace pasar por alto enfermedades neuromusculares, pulmonares, neurológicas y hasta psiquiátricas. Todas escondidas bajo un estereotipo creados, lo cual una simple interiorización a base de una buena anamnesis o el análisis de las circunstancias en la que se presentaron sería suficiente par descubrirla.

e) Otro punto son los llamados por el Dr. Kahneman sesgos heurísticos, dentro de las cuales nos encontramos a:

- La sustitución o modificación de preguntas cuya respuesta no se conoce por aquellas que si, ya sea en forma parcial o total, por ejemplo, el médico al abordar la patología de un paciente en vez de abrir en su mente un abanico de opciones con preguntas como ¿cuáles son “las etiologías” más frecuentes de esta afección?, lo cambian por ¿cuál sería “la etiología” más frecuente? o en vez de ¿qué opciones terapéuticas están disponibles? por ¿esta opción terapéutica funcionará? Esto reduce todo el espectro de posibilidades a solo aquellas que las propias limitaciones impone.

- La sobre estimación de la probabilidad de que un evento ocurra; centrándose exclusivamente en ellos, en base a pensamientos preconcebidos, sin considerar variables alternativas, lo que puede conllevar a errores en la conducta médica, como por ejemplo pensamientos de: el cáncer de mama potencialmente presenta una mortalidad importante, así que al entablar una terapéutica agresiva para llegar a una remisión en la brevedad posible. Esto en esencia es correcto, pero si se sobre actúa en consecuencia sin tomar en cuenta los efectos colaterales, como la

disfunción del ventrículo izquierdo por cardiotoxicidad de los quimioterápicos, podría llegarse a una situación en la cual se lograría la curación del cáncer, pero con el desarrollo de una insuficiencia cardiaca con igual o mayor mortalidad.

- f) Sesgo estadístico: es una forma muy común de cometer errores a partir de anteponer las experiencias personales a la investigación de datos objetivos, esta forma de pensar superficial e irreflexiva, puede llevar a que el médico pase por alto múltiples puntos como por ejemplo:

-Obviar el diagnóstico de patologías con alta prevalencia: como cuando un paciente de 40 años, consulta por un cuadro gripal que concentra toda la atención del médico en ese motivo de consulta, sin medir por ejemplo la presión arterial, ni solicitar un perfil metabólico por presuponer en base a una lógica personal que se presentaran valores normales, al ser un paciente joven y delgado, esto conlleva a obviar por ejemplo el hecho de estar en un país como Paraguay, en donde el 45,8% de la población mayor de 40 años tiene HTA o las cifras de diabetes y dislipidemias son sumamente prevalentes y la morbimortalidad por las mismas son significativas.

- Sugestión por la estadística personal: se da tras presentarse un caso excepcional, en donde el médico presupone encontrar nuevamente algo igual, a pesar de ser el mismo poco frecuente, incluso ha niveles casi anecdótico por su baja prevalencia, todo bajo el velo que impone la satisfacción de haber realizado un diagnóstico interesante que llamo la atención de colegas, y recibir caricias al ego por tal motivo. Esto vuelca las expectativas y recursos al tratar de lograrlo nuevamente, tomando casos similares como potencialmente iguales en una suerte de obsesión, lo cual implica llevar a cerrar paulatinamente las opciones diagnósticas, esto en su extremo nubla el buen juicio para la toma de decisiones.

- La ley de la serie: esta expresión realmente es muy frecuente de escuchar entre profesionales médicos, es un fiel ejemplo de otro tipo de sesgo por falta de visión estadística. En si esta ley, es una mezcla de azar y un enfoque mental que sesga la ecuanimidad de los números reales, bajo la idea de que una serie de “casos especiales” por su complejidad y resueltos satisfactoriamente, son parte de un delineamiento místico, y es de esperar salvadas de casos similares a lo largo de la práctica médica. Para explicarlo

mejor en su esencia examinemos el siguiente ejemplo: una pareja manejando por la carretera conversan de la probabilidad de comprar un nuevo auto, de pronto el marido habla de su preferencia hacia el BMW X5, al conversar sobre la misma, empiezan a percatarse de todos los BMW a quienes rebasan o se los cruzan y exclaman que realmente es un vehículo muy adquirido por la población en general, dicha afirmación es secundaria a un enfoque subconsciente a dicha marca, obviando las estadísticas de la mayor cantidad en ruta de otras marcas y la prevalencia real de ese vehículo de alta gama en la población. La ley de la serie es un enfoque de la mente sobre un fenómeno determinado en forma inconsciente.

- g) El pasado imperfecto: una de las muchas trampas de la mente, es la de evocar recuerdos, lo cual lleva a la invasión de sentimientos melancólicos, al inferir mayoritariamente de que todo tiempo pasado fue mejor. Esto se debe básicamente a que se genera recortes a las vivencias negativas del pasado para almacenarlas en la memoria, manteniendo los bellos momentos, como mecanismo de salud mental con el objetivo de inyectar optimismo y energías al presente en los momentos difíciles.

Este mecanismo de selección subjetiva del pasado aplicado a la medicina crea sesgos en ciertos eventos, por ejemplo, luego de resultados positivos con alguna maniobra audaz, como el éxito obtenido en una cesárea de urgencias sin contar con las condiciones ideales, en una paciente de alto riesgo, lo cual llena de orgullo y sentimientos positivos al “médico operador”. Este resultado es almacenado en la memoria como momentos cumbre de éxito, como emociones positivas que pueden crear la idea errónea de poder ser replicadas a partir de un exceso de confianza y tiene el potencial de llevar a tomar decisiones temerarias en situaciones similares, es decir poco ideales.

La mente siempre trata de evocar momentos pasados de gran lucidez mental y valentía en situaciones estresantes, y así poder hacer frente a nuevos desafíos, sin considerar que los segmentos recortados que obvian el azar, las particularidades médicas o simplemente llevando a olvidar el contexto de gravedad que justificó dicho acto. En este tenor se corre el riesgo de imprudencias buscando nuevos actos memorables.

- h) Concentración excesiva: si bien el Sistema II hace que el foco mental se concentre en el análisis y la resolución de un tema, esto aparte del consumo de mucha energía psíquica como ya se explicó anteriormente, conlleva al

aislamiento de los estímulos externos o de información fuera del tema de análisis, para una concentración total y el mayor rendimiento posible, es así, que se reduce el tiempo de horas a minutos. Una forma sencilla de entender esto es como cuando se camina con alguien y se pregunta ¿qué te parece el clima? a lo que siempre la respuesta es en forma semiautomática, con la subjetividad del parecer individual sin mucho esfuerzo mental y detener la marcha, continuando con la conversación en distintos temas, esto es evidentemente dominado por el Sistema I, pero si la pregunta fuese cual el resultado de la multiplicación  $27 \times 3$ , se detiene la marcha y se centra totalmente la atención en la resolución del problema, amén de que un transeúnte que venía atrás lo lleve por delante, o simplemente caiga de las manos algún objeto, esto es el ejemplo del aislamiento que producto del enfoque excesivo que requiere el Sistema II.

Al aplicar lo mencionado al punto de vista médico, el uso continuo y prolongado del Sistema II no solo terminaría por agotar la energía mental, disminuir la concentración y el tiempo de rendimiento intelectual óptimo, sino que también el exceso de enfoque en unos datos en particular podría invisibilizar los datos emergentes que pudieran ayudar a resolver algún tema, ya que muchos de estos datos nacen en caminos alternativos, a lo que se denomina “pensamiento colateral”. Grafiquémoslo con un ejemplo: una joven mujer ingresa a la urgencia con convulsiones tónico-clónicas, ya con el antecedente de epilepsia diagnosticada desde su infancia; al investigar a profundidad en forma sistemática con la anamnesis, el examen físico y los estudios complementarios, que solo arrojan resultados en parámetros aceptables de normalidad, que pudiera hablar solo sobre la falta de adherencia a su tratamiento anticonvulsivante, pero en sangre esta se encuentra normal. Sin poder encontrar ningún otro dato de valor en la secuencia lógica y estructurada de la evaluación, de pronto las manchas de tierra en las rodillas de la paciente y bajo sus uñas, nos hace preguntarnos qué actividad realizaban antes de las convulsiones y de pronto la respuesta de un familiar es la de -trabajábamos en el jardín- dato clave, que llevo al descubrimiento del uso de pesticidas de calidad industrial por la paciente, así el cuadro da un giro inesperado a una intoxicación.

Esto que pareciera ser un episodio de Sherlock Holmes, en donde el detective afirma que su “castigo y bendición es verlo todo”, algo ciertamente esquivo a la realidad, es quizás el resultado del manejo a voluntad de ambos sistemas de pensamientos, sin cerrarse a los datos que van surgiendo a su alrededor, que aparentemente se muestran

desconectados, pero que pudieran ser en conjunto la base de lo denominado “pensamiento colateral”.

Es así como debe preverse la sobre utilización del Sistema II, que pudiera encerrar al mejor investigador médico en una burbuja de pensamientos sistemáticos, pasando por alto aspectos que pudieran dar lugar a la resolución del problema.

- i) Salir de la zona de confort: como hemos determinado el enfoque encapsulado de la atención que pudiera generar el Sistema II, aísla al médico sometándolo al análisis solo de los datos que considera suficientes para la resolución de un caso, a un alto costo de energía cognitiva, en la recolección de datos y sus análisis, pero con una cierta suerte de comodidad en este microambiente de información ya seleccionada. Esta zona de “confort de trabajo ” puede ser perturbada ante la recolección de más datos o un cambio de enfoque para el abordaje de la solución creando un gran discomfort en investigador, ya que esto necesitaría aún “más energía mental”, al duplicar la necesidad concentración para la recolección y análisis de nuevos datos, y aun la posibilidad de nuevas probabilidades, así como la propia incomodidad de abordar nuevas interrogantes, pero sin lugar a dudas la mayor incomodidad nace de la poco agradable sensación de haber cometido errores en alguno de los pasos, el desperdiciar el tiempo o una frustración sobre la idea de volver nuevamente al punto cero.

Un giro radical de ideas, un nuevo enfoque, recolectar más datos, es decir abrir la mente, e incluso iniciar tras un error no debería ser un problema, una mente privilegiada como la de Thomas Alva Edison lo entendía, el mismo al ser abordado por sus declaraciones de haber tenido alrededor de 1000 intentos fallidos para la creación de la bombilla de luz eléctrica, respondió: “no fracasé, solo encontré 999 formas de cómo no hacer una bombilla”, lo cual habla de la flexibilidad mental para “salir de su zona de confort”

En la práctica diaria de la medicina es común, que muchos médicos se encierren en una postura inicial de diagnóstico y persistan en la misma, aun con datos que no dieran fe a los argumentos iniciales, perdiendo valioso tiempo y recursos en volver a solicitar estudios complementarios una y otra vez, manteniéndose en su estéril enfoque inicial, como por ejemplo en el caso de una paciente de 18 años que ingresa con dolor articular leve en las manos, edema en miembros inferiores, ascitis, derrame pleural, quemosis, un ANA (+) 1/80, un BNP aumentado con una función sistólica

deteriorada en forma severa y un leve aumento de creatinina sérica, llevando a su médico a una firme convicción de que se trataba de un lupus eritematoso sistémico, pero ante la no mejoría, el no reenfocarse en otros diagnósticos probables lo llevó a solicitar una y otra vez perfiles inmunológicos esperando resultados más contundentes, he incluso iniciando terapias como la de los corticoides en la espera de lograr alguna solución a la hipótesis inicialmente generada. Todo esto cambiaría solo con un enfoque distinto, y así se podría acceder a más datos como la de una leve diarrea a una semana de su internación, sin mayores molestias para la paciente, lo que orientó a una posible afección de etiología viral de la misma, con una nueva hipótesis diagnóstica, que incluía el probable compromiso del corazón por una variante viral cardiotropa y el despertar de una respuesta autoinmune en forma directa e indirecta del miocárdico, con la afección de la función renal secundaria a un deterioro funcional cardíaco, por una miocarditis probable que posteriormente fue confirmado por una biopsia endomiocárdica.

- j) Sesgo por confirmación: este constituye un tipo de error sistemático que consiste en buscar información solamente que refuerza la hipótesis o postura ante un determinado tema, obviando aquellas que pudieran generar opciones a la misma o eventualmente contraponerse totalmente. Es una forma de esquivar el esfuerzo de realizar una investigación más profunda y completa, que llevaría a comparar y sopesar la evidencia y así finalmente llegar a una conclusión.
- k) Exceso de seguridad: el exceso de este en cualquier ámbito de la vida propicia a los errores, al evitar el análisis profundo de las variables en cuestión, lo que llevaría a actitudes temerarias, las cuales podrían generar errores sin retorno en el mundo de la medicina.  
Esto tendría su génesis en experiencias previas exitosas como ya se comento, así como las características propias de la personalidad, como aquellas con un marcado tinte de narcisismo, o simplemente conductas aprendidas en algunos ámbitos en particular, en donde la arrogancia y la prepotencia prevalecen. Esto configurando quizás el rasgo más triste que un médico pudiera ostentar, “la seguridad que brinda su ignorancia”.
- l) Inseguridad: sería el extremo opuesto a lo planteado anteriormente, en donde la vacilación en la toma de decisiones con potenciales efectos

nocivos, al privar a pacientes de un tratamiento oportuno. En términos generales el origen de estas circunstancias nace también a partir de experiencias previas de carácter negativo y rasgos de la personalidad marcados por la baja autoestima.

Estas características ponen en un estado de hiperalerta al médico, enfocando y reenfocando al Sistema II, con la parálisis propia que su sobreutilización impone, así como un desgaste de energía, lo cual pudiera plasmarse en la práctica al dejar al paciente a su libre evolución al ir saltando de método en método de diagnóstico o terapéutica.

### ***La paleo-mente, su evolución y ocaso:***

Debemos considerar que la mente humana evolucionó a través de miles de años, haciéndose cada vez más eficiente en todos sus aspectos, lo cual no solo nos permitió sobrevivir a nuestro medio ambiente, sino también el poder erigirse por encima del mismo y posicionarlo en la cima de la cadena alimentaria.

La toma de decisiones acertadas evidentemente formó un pilar importantísimo en la evolución, generándose a partir de una alternancia diaria de formas conscientes e inconscientes de pensar, que buscó el ahorro de tiempo y energía, logrando así enfrentar situaciones potencialmente hostiles, utilizando las automatizaciones que originó el Sistema I para lograr respuestas rápidas como huir, o quedarse inmóvil para camuflarse con el medio, o ingeniosas formas de protección que generaron el Sistema II.

El talón de Aquiles de este sofisticado sistema evolutivo sin lugar a duda es como en cualquier ámbito, son los extremos, en este caso la sobre adaptación, es decir dejar todo a manos de pensamientos automatizados, en una suerte de inercia reactiva, o abstraerse conscientemente al análisis en una resolución al punto de la irresolutividad, al estar absortos y consecuentemente paralizados en pensamientos analíticos en forma consciente. Todo lo negativo de esta gran herramienta evolutiva lo podemos resumir en la falta del manejo oportuno y a voluntad del Sistema I y II. nuestros días la forma más común es el uso equivocado en las mismas

### ***La inercia terapéutica.***

Phillips LS et.al., definieron la “inercia terapéutica” como el fallo en el actuar médico, tanto en la iniciación o la intensificación del tratamiento cuando éste estaba indicado. Esta se da principalmente en patologías crónicas como la HTA y la DMT2, en donde el inicio oportuno de la medicación o el refuerzo de esta pudiera impactar positivamente en el pronóstico global de la enfermedad, así como la dilación lo haría en forma negativa, hablando siempre en términos de morbimortalidad.

La falta de intensificación de un tratamiento se constituye en un error médico de juicio, así como lo expone el Instituto de Medicina Americano.

Es de mencionar que existe un cierto grado de dificultad en la determinación de la prevalencia de la inercia terapéutica, a raíz de que existen distintas variables para objetivar ya sea el inicio o la intensificación del tratamiento médico, como lo son la percepción de la gravedad del paciente, las comorbilidades existentes, las acciones no farmacológicas entre otros parámetros subjetivos.

Algunos estudios hablan de un retardo en el diagnóstico en un 21% y de la no intensificación en un 43% en pacientes con diabetes mellitus, así como 32.5% y 37% respectivamente en pacientes con HTA, datos según los grupos de trabajo como los de Voorham J et. al, y Gil-Guillen V et al, respectivamente, lo cual nos grafica una imagen deslucida de la práctica médica, desde el punto de vista de la eficiencia, eficacia y efectividad, con un potencial importante de modificación negativa sobre el pronóstico final.

Las causas más citadas sobre los determinantes de la inercia terapéutica se originan a distintos niveles:

- a- Profesional: secundaria al déficit en la formación médica, sin lograr el interiorizar parámetros bien definidos de diagnóstico y tratamiento en los estudiantes, con un porcentaje importante de subjetividad en sus criterios prácticos. Otro punto no menos importante son las afirmaciones de las investigaciones de Schaars CF et.al y Doroodchi H et.al. en donde se halló una relación inversa entre el número de años en actividad asistencial y habilidades adquiridas, para la presencia de la inercia terapéutica, la misma explicada como secundarias a la sobre estimación de la calidad de atención profesional brindada, es decir el exceso de confianza mezclado con un análisis muy superficial de situaciones médicas.

- b- Factores dependientes del paciente: la inercia se hace presente en los médicos a partir de la percepción de una marcada “fragilidad del paciente”, presentándose más comúnmente en pacientes añosos por la presencia de comorbilidades y la propia longevidad, igualmente en mujeres en donde la fragilidad percibida se hace muy subjetiva a razón misma del sexo. También se incluiría en este grupo pacientes con enfermedad psiquiátrica, más en lo referente al componente intensificación de tratamiento.
  
- c- La organización asistencial: el exceso de pacientes en los sistemas públicos en especial en la atención primaria, con múltiples patologías hacen que muchas veces se enfoquen a la dolencia predominante llegando al punto de paliar síntomas agudos sin entablar una diana en la detección de la causa de esta y menos aún en las patologías crónicas subyacentes con impacto directo en la inercia terapéutica en detrimento a la calidad de atención.

### ***Otras concepciones del error médico***

Si bien es cierto que el patrón básico de errores de pensamiento médico radica en todo lo anteriormente señalado, como la falta del uso oportuno de los dos Sistemas de pensamiento, existen algunos mecanismos los cuales no se ven representados, los cuales nacen de la complejidad propia de la naturaleza humana. Estos están gestados en lo profundo de los ámbitos de la personalidad y los sentimientos; refiriéndonos a errores con motivaciones bien definidas, conscientes o no:

- Objetivos mezquinos como la de acumular dinero, llevando en forma directa a sesgar el juicio ante la resolución de patologías, brindando algún tipo de servicio que reditué económicamente, ya sea en el ámbito de los métodos diagnósticos, prescripciones farmacológicas, implante de dispositivos, cirugías, internaciones entre otras formas de inversión por parte del paciente.
  
- El ego, quizás el mayor enemigo de la humanidad y en especial de los médicos, que afecta a aquellos más formados o quienes más éxitos en el mundo de la medicina hayan acumulado. El ego o falso “yo” creado bajo ciertos parámetros predominantemente exitistas, llega a cegar totalmente el buen juicio en la toma de decisiones, especialmente cuando es amenazado o herido ya sea ante expectativas propias o en el peor de los casos la opinión

de colegas, lo cual es muy común en los ambientes multidisciplinario, o en un ambiente laboral que invita a la interacción continua entre colegas y la exposición social, en donde la lucha de egos es muy frecuente.

- La apatía muy común en médicos en donde el sistema generalmente público produce una desmotivación por falta de alicientes en términos económicos, intelectuales o de simple falta de compañerismo que la ausencia de trabajo en equipo propicia.

En todos éstos últimos puntos se ejemplifica a un médico que desdeña otros puntos de vista, aún el de colegas con más experiencia, con el riesgo de decisiones unilaterales lejos de la evidencia que a simple vista parecieran ser muy obvias, imponiendo la subjetividad de su parecer, por ejemplo, en el implante de un stent o en la persistencia en una técnica quirúrgica sin mayores éxitos, o la realización de combinaciones farmacológicas antihipertensivas sin un criterio de efecto exponencial o que hasta resulte nocivo.

### ***Medidas para evitar los errores médicos.***

- a. Identificar el uso indebido de los mecanismos automáticos de pensamientos, es una tarea que implica la observancia del propio actuar del médico, llevando al plano de acción efectivo al Sistema II, es decir, a situaciones complejas que así lo ameriten y lo mismo con el Sistema I la cual permite un ahorro de energía y asegura más productividad en consecuencia, todo manteniendo abierta la mente al pensamiento colateral para la resolución de patologías.
- b. Fortalecer la voluntad a través de objetivos, es una manera de mantener la mente sin la tentación de la ociosidad que conlleva el uso del Sistema I. La voluntad como motor, y los objetivos claros y por etapas mezclado con un toque de pasión mantiene al Sistema II activo por el tiempo que sea necesario sin un deterioro energético desmesurado, llevando a expresiones que dan fe de ello como: no sentí cuanto tiempo estuve trabajando en esto, el tiempo se fue volando.

- c. Objetivar el riesgo, es una manera de no sobre simplificar los casos a tratar, esto en sí mismo ya disipa una visión subjetiva sobre temas vitales
- d. Ser metódico en el actuar médico, en lo referente a mantener un orden cronológico en las etapas al evaluar un paciente, desde la anamnesis estructurada en base al peso específico de cada síntoma, hasta a aquellos aparentemente des conexos, así también la evaluación detallada de los signos que arrojan un examen físico bien sistematizado, todo con el fin de optimizar una mayor obtención de datos en el menor tiempo posible, y por último evaluar la información preexistentes a la patología actual, ya a través de estudios complementarios viejos o información de familiares y amigos.
- e. Utilizar parámetros objetivos como las estadísticas, es muy importante iniciar la evaluación de un paciente bajo la luz de una estadística basal sobre las patologías a tratar, es un cierto norte que nos guía lejos de la subjetividad del optimismo, las experiencias personales o la banalización.
- f. Jerarquizar las ideas, si bien tras un sistemático y diligente actuar pudieran surgir varias hipótesis diagnósticas, sería ideal entablar una jerarquía en base al análisis de los datos, considerando que esto generaría un ahorro de energía mental y lograría llegar al objetivo en el menor número de pasos posibles.
- g. Crear un ambiente de trabajo cálido y ameno.
- h. Concentrase en el presente, durante los procedimientos médicos, evitando evocar experiencias negativas que mellan la confianza.
- i. Llegar al autoconocimiento a partir de la reflexión o ayuda profesional
- j. Buena alimentación y actividades físicas

### ***Resumen***

- El buen criterio médico esta basado en la utilización correcta de los sistemas de pensamiento, consiente, inconsciente y colateral. Un buen articulado entre las misma aumenta la probabilidad de éxito.

- Identificar las fortalezas y debilidades en la práctica personal y del sistema de salud en la cual se ejerce la medicina es crucial para una práctica de excelencia.
- La inercia terapéutica quizás sea la actual forma de iatrogenia más comúnmente realizada a nivel mundial, a pesar de que una práctica activa y consiente pudiera corregir.

***Comentarios:*** Dr. Hugo Celauro.

El autor me ha puesto en la tesitura de comentar este capítulo interesantísimo por la sencillez y profundidad con que abarca el proceso de la decisión médica, sino por la calidez con que nos lleva casi sin darnos cuenta por senderos que a cada momento traen a nuestro recuerdo eventos vividos en concordancia a estos acontecimientos.

La secuencia del pensamiento médico que lleva de la historia clínica, pasa por el examen físico y se complementa con los estudios diagnósticos apropiados para confirmar o cambiar nuestro diagnóstico inicial, jamás deben abandonar la práctica profesional diaria, responsable y eficiente.

Sin embargo, de un tiempo a esta parte y probablemente a consecuencia de la superpoblación de profesionales con discutible formación sumado a un requerimiento geométrico del sistema de salud, ha llevado a que muchos colegas se apoyen en un historial pobre, casi un nulo examen físico y una sobre indicación de estudios diagnósticos, que a la postre generan más confusión y demoras que resultados efectivos.

Ejemplo claro de ello en el día a día lo constituyen una enorme cantidad de pacientes que acuden a los servicios con cefalea. En lugar de profundizar en la historia clínica y la semiología, estos pacientes muchas veces son aturridos con innumerable cantidad de estudios que van desde el hemograma al electroencefalograma, con la infaltable tomografía de cráneo (¡sin contraste!) con la eterna muletilla del solicitante “hagamos este estudio para descartar que no sea...”

Me permito señalar que suelo instruir a mis pacientes que cuando un médico les pida algo “para descartar” huyan prontamente, porque esa persona probablemente no tiene una clara idea de lo que está pidiendo ni por qué lo está haciendo.

Somos seres humanos y por lo tanto falibles, aún así, nuestras acciones como médicos deben dirigirse al bienestar del paciente que es foco de nuestra atención.

La temeraria innovación, madre de tantas anécdotas, es probablemente la peor consejera en estas situaciones.

### ***Lectura recomendada***

1. Alfonso Alcántara. Super profesional. 1ª edición. Editorial Alienta. España.2015
2. Daniel Kahneman. Pensar rápido, pensar despacio. 10ª edición. Editorial Penguin Random House Group. Barcelona. 2020.
3. Edward de Bono. El pensamiento lateral práctico. 1ª edición. Editorial Paidós. Argentina. 2010.



## CAPÍTULO VI



# EL PRINCIPAL ACTOR DEL ÉXITO TERAPEUTICO

“La vida es breve, el arte es largo, la oportunidad fugaz,  
la experiencia engañosa y el juicio difícil”

Hipócrates

***La excelencia en la práctica médica: ¿garantiza los buenos resultados a largo plazo?***

Como se ha denotado a lo largo de los capítulos precedentes, la evaluación sistemática y meticulosa de los síntomas y signos, en un marco de confianza con el paciente, ayuda al acceso a muchos datos que configurarán todas las variables de presentación clínica que el buen médico debe considerar en sus observaciones, manteniéndose siempre a la pesquisa de particularidades sobre la patología a la cual se ve enfrentado, incluyendo la exploración de aspectos íntimos de la relación del paciente con su enfermedad, aspectos que muchas veces se hacen esquivos y por sobre todo subvalorado, especialmente en lo referente al cómo vive y siente el paciente su enfermedad, en todo lo relativo al estado anímico que impacta en el desarrollo de otras patologías como la ansiedad, depresión, entre otras.

Estos datos obtenidos diligentemente, analizados en el contexto de los riesgos prevalentes en un determinado grupo demográfico, hace que las hipótesis diagnósticas generadas tengan un grado de certeza muy importante, más aun con un sabia elección de los estudios complementarios para su confirmación o descarte, logrando así un nivel de certeza casi providencial en muchos casos, a lo cual solo sigue la formulación de una terapéutica dirigida, para lograr un éxito mayúsculo, en términos de eficiencia, eficacia y efectividad.

Toda esta sucesión de actos médicos, conjugados en una metódica elección de intervenciones, tanto en el proceso diagnóstico y terapéutico, siempre deben estar basamentadas en la evidencia y experiencia, bajo la luz de la realidad del lugar donde hubiera que ejercerse la práctica médica, es decir, considerando los medios materiales con los que se cuenta para brindar la atención al paciente.

Logrado estos puntos mencionados en el actuar médico se puede afirmar que se logró una proximidad muy tangible al “ideal” del ejercicio profesional en el mundo de la medicina.

Pero esta práctica magistral pudiera no pasar de ser solo una estrella fugaz, que deslumbró a propios y extraños con su luz, si consideramos como parámetro de éxito solo el lograr un diagnóstico precoz y una terapéutica resolutiva en el menor tiempo y costo posible. Esto, ya que existen ciertos parámetros más amplios para designar una intervención como exitosa, como lo son: las recaídas y el tiempo libre entre ellas, o más aún, un descenso de la morbilidad y mortalidad que se traduce en un mayor tiempo de sobrevida a la enfermedad en cuestión, que es el fin último del que hacer médico.

En este punto es en donde entra a tallar la adherencia del paciente a las prescripciones médicas y las recomendaciones tras los criterios de remisión o curación de una determinada patología, lo cual mantiene el estado de salud en el tiempo.

Sin adherencia al tratamiento, los éxitos logrados pasarían a una categoría de victorias pírricas, al vencer solo grandes batallas y perder la guerra en términos de sobrevida, esto es una gran realidad del día a día de los médicos asistencialistas. Aunque lo expuesto parecería una visión algo pesimista, los pacientes increíblemente abandonan la medicación a pesar de las penurias padecidas, incluso tras haber superado ciertos procedimientos sumamente agresivos en procura de su curación, el abandono. Este fenómeno muy real y tristemente frecuente, es un hecho con múltiples consecuencias, así como teorías que tratan de explicarla.

Es así como la “adherencia del paciente” se vuelve un pilar del éxito terapéutico, con una complejidad e impacto que amerita un estudio a profundidad de esta, en especial a los factores que la promuevan a fin de lograr un éxito a largo plazo. En términos de salud pública, el éxito terapéutico es aquella que logra reinsertar a la sociedad un paciente con una vida plena, larga y productiva, aunque estas realidades son muchas veces llevadas a un segundo plano por los médicos, quizás por una visión enfocada al resultado a corto plazo con un toque de narcisismo.

El hecho irrefutable a subrayar es que una interacción médica, en especial en enfermedades crónicas, por más virtuosa que sea, no pasaría de ser algo efímero, que solo acarició egos y proporcionó esperanzas de una vida larga tanto a pacientes como a familiares, siempre que no se lograra mantener las medidas terapéuticas que controlen o eviten la reaparición de las enfermedades en el tiempo.

Una buena adherencia al tratamiento instituido, siempre que se pudiese lograr, en la mayoría de las veces prolonga en el tiempo el éxito terapéutico, catalogado como

tal desde el punto de vista médico-paciente, al evitar recaídas y lograr estándares de sobrevida próximos a la media prevista para la edad, sexo y país del paciente.

### ***¿Cómo definimos a la adherencia al tratamiento?:***

La OMS la define, como “la conducta del paciente en relación con la toma de una medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de un estilo de vida, acorde a las indicaciones del personal sanitario”. Esto incluye como su definición lo señala a todos los aspectos de la terapéutica, resaltando este punto, ya que en muchas circunstancias se tiende a relacionar a la adherencia solo a la medicación, lo cual realmente se suscribiría al término acuñado por Haynes et.al. en 1976 como “cumplimiento”, que se referiría solo a lo relacionado con la medicación, con la continuidad de las dosis, pautas posológicas, interacciones, etc.

A fin de evitar otras confusiones, otro término a definir es la de “persistencia”, la cual hace alusión a mantener la medicación en forma ininterrumpido en el tiempo, desde su inicio hasta el final prescripto.

La adherencia en sí es un término que contiene al cumplimiento y la persistencia, incluyendo además el conocimiento por parte del paciente de las implicancias de su enfermedad y lo avanzado que se encuentra en la misma, también circunscribe el grado de compromiso por parte del paciente a las medidas preventivas para evitar recaídas o reinfecciones, y no menos importante a una actitud de equipo para con su médico, en procura de lograr el éxito previsto en tiempo y forma.

### ***Causas de la no adherencia:***

La adherencia en sí posee muchos matices, lo que hace que encontrar una causa única sea evidentemente improbable, más aún considerando que es un tema relacionado con la actitud del paciente frente a una determinada circunstancia, lo cual implica múltiples variables de conducta a valorar, así también se pueden incluir aspectos conductuales, sociales, económicos y demográficos.

Por todo lo expuesto, queda más que incuestionable que nos enfrentemos a una entidad con “factores” de distinta índole, que suman o restan para el resultado final en términos de adherencia.

La OMS propone cinco categorías de factores relacionados a la mala adherencia:

1. Factores relacionados con el paciente:
  - a. Aspectos demográficos como la edad y el sexo.
  - b. El grado de discernimiento de la enfermedad y los tratamientos prescritos.
  - c. La actitud con la que se hace frente a la enfermedad y sus implicancias.
  - d. La presencia de patologías mentales concomitantes, como la ansiedad, el estrés, o la depresión, que llevan desde el olvido a la negativa e incluso imposibilidad de continuar correctamente con las directivas señaladas para un determinado tratamiento, así también la presencia de complejas enfermedades que distorsionan el buen juicio.
  - e. La ausencia de una relación médico-paciente basada en la confianza.
  - f. Creencias religiosas que en algunos casos extremos llevan incluso a una total negativa ante alguna intervención médica, a raíz de la idea ferviente de una curación divina, o a la reprobación de una determinada terapéutica o práctica médica.
  
2. Factores relacionados con la terapia:
  - a. La polimedicación: es innegable que existe un componente psicológico en el hecho de consumir muchos fármacos en forma diaria, manifiesto consulta tras consulta por los pacientes y sus familiares, ya sea con pequeños comentarios de disconformidad o la negativa absoluta a seguir con las mismas. También está el hecho de que a mayor número de fármacos mayor probabilidad de efectos negativos, como las interacciones medicamentosas o las caídas en ancianos.
  - b. La complejidad del tratamiento: resulta casi obvio de que una medicación con múltiples pasos, confusos horarios, y un límite muy estrecho entre sus beneficios y efectos colaterales terminen por impactar negativamente en la continuidad de dichos fármacos.
  - c. Efectos adversos: quizás sea el principal factor para el abandono de la medicación, ya sea este objetivable por el médico o solo a la interpretación del paciente, lo cual ocurre frecuentemente en el denominado efecto placebo.
  - d. Percepción de la efectividad del tratamiento: este punto se presenta como la antítesis del punto anterior, en donde los beneficios rápidamente objetivados mantienen el interés y entusiasmo del paciente por mantener la medicación, incluso si sólo es a los ojos del paciente como con el efecto placebo.

- e. Duración de éste: este punto es bastante subjetivo en su valoración, por la subjetividad que conlleva, ya que muchos pacientes no toleran el uso de medicación por pocos días por excusas que van desde, “ya me curé”, “no me quiero acostumbrar a la medicación”, o simple e increíblemente la negativa a “seguir comprándola”. También en el otro extremo aquellos súper disciplinados en el consumo de estas, quienes generalmente alegan la necesidad de cambiar sus fármacos “antes de que pierdan su efecto”.
3. Factores relacionados al personal y el sistema sanitario:
- a. Las barreras de asistencia sanitaria como el acceso al personal, por dificultades geográficas, viales, estructurales, entre otras.
  - b. Falta de información clara al paciente sobre su patología, en lo referente a sus síntomas, tratamiento y pronóstico.
4. Factores relacionados al estado de la enfermedad:
- a. La presencia o ausencia de síntomas.
  - b. La incapacidad mental para seguir indicaciones.
5. Factores socioeconómicos:
- a. Escaso apoyo familiar.
  - b. Estigmas sociales sobre la patología.
  - c. Cobertura sanitaria.
  - d. Costo de la enfermedad.
  - e. Situación laboral.

### ***Consecuencias de la no adherencia.***

Es un hecho innegable que la buena adherencia al tratamiento prescripto mejora la salud global del paciente a largo plazo, a pesar de dicha obviedad, muchas veces la visión del médico se centra en lograr un buen diagnóstico y una terapéutica con los mejores estándares de eficiencia, eficacia y efectividad a su alcance, al enfrentarse solo en el “presente” a la patología en cuestión que le toque resolver. Este éxito que pudiera obtener le otorga la seguridad en su actuar profesional, más aún si lo obtuvo con la colaboración del paciente, entonces da por hecho de que el paciente tendrá una adherencia segura al tratamiento, ya que el mismo concurrió motivado ante la necesidad de encontrar una solución médica a su afección y puso empeño en ello. Este tipo de pensamiento por parte del médico hace perder de

vista la necesidad de monitorizar la adherencia del paciente al tratamiento y de las consecuencias emergentes de la misma.

La baja adherencia por cualquier motivo impacta directamente sobre el aumento de la morbimortalidad, como consecuencias de recaídas y complicaciones lo que se traduce en el recrudecimiento de patologías superadas y totalmente prevenibles. También impacta en una sobrecarga económica para el paciente, su familia y la sociedad que lo cobija; todo en un espiral de deterioro franco de la salud pública, lo cual repercute en una disminución global de la calidad de vida y la supervivencia de la población.

### ***¿Como podemos evaluar la adherencia?***

La determinación objetiva de la adherencia al tratamiento es el primer paso, tarea no tan sencilla, pero es posible de hacerlo en forma directa o indirecta. En la primera con la determinación en sangre de la concentración de fármacos o fluidos, así como la observación directa de la ingesta del fármaco o la realización de alguna actividad en particular con medios tecnológicos, y en la forma indirecta a través de cuestionarios destacando lo de Morisky-Green y Haynes-Sackett, o el recuento de medicación sobrante.

Si evaluamos las ventajas de los métodos directos encontraremos una precisión alta en sus determinaciones, así como la probabilidad de recolectar datos sobre las circunstancias que envuelven a la no adherencia; entre sus aspectos negativos se puede citar los altos costos que necesita, así como la dificultad de determinar el cumplimiento de indicaciones.

En relación con los métodos indirectos tenemos ciertas ventajas como el bajo costo, su practicidad en la incorporación a la práctica diaria, pero esto contrasta con una baja sensibilidad y especificidad en sus determinaciones, con un mayor o menor margen de error, acorde a predisposición del paciente a dar datos certeros.

Es de destacar también las existencias de ciertos cuestionarios que evalúan la comprensión del paciente de la explicación de los médicos sobre las implicancias de su patología, que es un punto sumamente importante para lograr la adherencia al tratamiento, podemos citar al “score de batalla”, que suele expresar resultados negativos, que suelen constituirse en una barrera muchas veces subestimada.

### ***Estrategias para mejorar la terapéutica a largo plazo.***

La falta de adherencia es un problema multidisciplinario coordinado que debe abarcar todo el micro y macro ambiente del paciente, dichos esfuerzos deben abarcar:

- a. Reducir la complejidad en la indicación médica en términos posológicos, con horarios ajustados a la actividad laboral del paciente, “titulando la medicación” en forma progresiva, buscando disminuir al mínimo la probabilidad de efectos secundarios de los fármacos prescritos, utilizar combinaciones racionales de fármacos de uso crónico, el uso de poli píldoras, etc.
- b. Modificar la conducta del paciente hacia la internalización de hábitos que logren mejorar la adherencia en base a hacerlos entender los beneficios que acarreen lo mismo.
- c. La educación sobre las implicancias de su enfermedad y los potenciales beneficios sobre la misma con la adherencia al tratamiento.
- d. Lograr el compromiso de la familia para el apoyo emocional y de gestión económica.
- e. Programas sociales y gubernamentales en pro de generar recursos para vencer las barreras propias a la adherencia.

### ***Resumen***

- El éxito terapéutico no solo se resume a superar una patología en particular, sino también a evitar recaídas de esta, manteniendo conductas y terapéuticas con este fin en el tiempo.
- La relación médico-paciente juega un papel determinante para lograr la adherencia al tratamiento, al hacerlo entender los pormenores de su enfermedad y los beneficios de ceñirse a las indicaciones médicas, para que consecuentemente acepte y comparta la necesidad de mantener constante la terapéutica instituida.

**Comentarios:** Dr Manuel Castillo

*El éxito terapéutico.*

Considero que no existe una receta única para el éxito terapéutico y mucho menos algo que nos garantice en el 100 % de las ocasiones. Pero si algo ayudó siempre en mi experiencia es la comunicación clara, con la verdad absoluta a los pacientes y por supuesto basado en una formación académica continua del médico, que le brinda un actuar respaldado en estudios científicos serios y actualizados, son la fórmula para transmitir la verdadera evolución de una patología, incluso pronósticos desalentadores en el futuro y posibilidad de mala respuesta a una terapéutica o intervención quirúrgica propuesta, siempre que la comunicación sea clara y transmitiendo seguridad en el proceder quizás sean las herramientas que más se nos acerquen a ese éxito terapéutico esperado.

*La forma más práctica de evaluar la adherencia al tratamiento.*

En mi experiencia una forma práctica de evaluar la adherencia tanto desde el punto de vista farmacológico como no farmacológico es un interrogatorio a los pacientes en cada consulta sobre sus indicaciones, algo como ¿qué dosis estás tomando de tal medicación? ¿podes repetir todas tus medicaciones y dosis?, ¿qué cantidad de ejercicio estás realizando en la semana? Y otras preguntas inherentes al tratamiento, el paciente adherente tiene un mayor conocimiento del esquema indicado

*El personal de blanco y el sistema de salud.*

En cuanto al personal de salud y sistemas sanitarios un factor importante es el tiempo dedicado a los pacientes ya que cada vez tenemos mayor cantidad de personas a quienes atender y en menos tiempo por lo que muchas veces caemos en el error de sólo indicar el tratamiento y no explicar la importancia de ello, siendo esto fundamental para la adherencia.

*¿Qué se necesitaría para lograr la adherencia?*

La adherencia terapéutica es una de las situaciones más difíciles de lograr en cardiología y probablemente en todas las especialidades clínicas, principalmente

porque las medidas que se requieren tanto farmacológicas como de estilo de vida deben realizarse sin un síntoma actual del paciente, entonces el compromiso se vuelve más difícil de mantenerlo y lograr esa “persistencia” ya que es más fácil tomar una medicación cuando algo “duele” o para contrarrestar una dolencia. Nuevamente la comunicación explicando las posibles complicaciones si uno no se adhiere al tratamiento es fundamental para conseguir los objetivos.

Otra situación en cardiología en cuanto a la no adherencia es que aunque ocurra una complicación o internación y el paciente se recupera completamente, por ejemplo en aquellos que padecen Insuficiencia Cardíaca, la recuperación no llega al estado previo y quedan con disfunción órganos principales como el corazón y los riñones por lo que agrava el pronóstico global de la patología

### *La clave para la adherencia.*

Sin lugar a dudas buscar estrategias para aumentar la adherencia es fundamental y en este aspecto considero dos puntos importantes, uno es la introducción de poli píldoras que hacen disminuir la cantidad de comprimidos que toma diariamente el paciente facilitando el cumplimiento del esquema terapéutico, y otro es la comunicación constante de los riesgos que representa la no adherencia, aún sin ningún síntoma actual.

Considero que la relación médico paciente es uno de los pilares fundamentales para lograr el ansiado éxito terapéutico; de parte del médico indicar medicación con demostrada reducción de la morbi mortalidad de la enfermedad del paciente, en lo posible buscar combinaciones de fármacos en un solo comprimido (polipíldora) y explicar las complicaciones que pudiesen surgir ante la no adherencia tomándose tiempo en cada consulta para estos detalles. De parte del paciente compromiso en cumplir las indicaciones y acudir a los chequeos preventivos, además de informarse de la patología que padece y no quedarse con alguna duda.

Con estas medidas seguro tendremos mayor adherencia en la terapéutica y menores complicaciones de las enfermedades.

### *Lectura recomendada*

1. Bansilal S, Fuster V. Global burden of CVD: focus on secondary prevention of cardiovascular disease. *International Journal of Cardiology*. 2015; 201: S1-S7.
2. Bansilal S, Castellano JM, et al. Assessing the impact of medication adherence on long-term cardiovascular outcomes. *JACC*. 2016;68: 780-801.
3. Barrios V, kaskens L, et al. Utilidad de un policomprimido cardiovascular en el tratamiento de pacientes en prevención secundaria en España: un estudio de coste-efectividad. *Revista Española de Cardiología*. 2017; 70: 42-49.
4. Bosworth HB, Granger BB, et al. Medication adherence: a call for action. *American Heart Journal*. 2011; 162: 412-424.
5. Castellano JM, Fuster V, et al. Aiming at strategies for complex problem of medical nonadherence. *Global Heart*. 2013;8: 263-271.

## CAPÍTULO VII



# ASÍ LO VEN LOS MEJORES

Reflexiones del Dr. Ricardo Iglesias

“El arte supremo del maestro consiste en despertar el goce de la expresión creativa y del conocimiento”

Albert Einstein

## *Ser médico:*

En primer lugar, quiero decirles a quienes tengan a bien leer mis reflexiones, que el título del capítulo, propuesto por el Dr. Gustavo Escalada es el único defecto de esta monumental y original obra. Les relato que veo mal si no utilizo anteojos y de lo único que soy el mejor es por querer mucho al pueblo de Paraguay.

Este libro es un canto al ideal de lo que significa ser médico. En el mundo actual se han perdido modelos identificatorios y justamente en este escenario, esta obra enfatiza al médico como ejemplo.

Desde la elección de la carrera, el médico evidencia una profunda raíz solidaria de beneficencia y no maleficencia.

Todavía es capaz de sentir culpa antes sus errores, reconocer sus limitaciones y frente a situaciones complejas estar dispuesto a actuar cooperativamente, en equipo.

Con una profunda vocación de servicio ya que entiende que la verdadera trascendencia en la vida es hacer algo por los demás, que hay que dar más que recibir.

Su comportamiento se encuentra fuertemente condicionado por el idealismo y lo manifiesta en toda su vida profesional.

El médico es un profesional con una abrumadora carga de responsabilidades: el crecimiento del conocimiento médico que debe abarcar, el expansivo progreso tecnológico y las expectativas de la sociedad manifestadas por las angustias y ansiedades de los pacientes que no toleran la incertidumbre propia de nuestra profesión, la industria del juicio de mala praxis que no diferencia los actos irresponsables de los errores y fracasos totalmente aceptados en una ciencia que es probabilidad y no certeza.

Asume estas responsabilidades apostando a la educación, a la excelencia en su formación, este es quizás uno de los temas más apasionantes para analizar.

### ***La búsqueda de un nuevo paradigma en la educación médica continua***

Desde los inicios de la medicina muchas cosas han cambiado, cientos de años han transformado al brujo, líder de tribus primitivas, en el actual médico.

Llegar a ser un experto en el difícil arte de comprender al hombre requiere de una disposición natural con la que se nace y después se cultiva y se fortalece en la vida, y por ello es necesario estar siempre preparado y alerta a los cambios sociales y tecnológicos de la sociedad.

Nuevos desafíos para la salud están surgiendo en todo el mundo y los médicos están siendo llamados a dar respuesta. Los profesionales del futuro serán capaces de:

- Mejorar la calidad de la atención al responder a la totalidad de las necesidades de salud del paciente, a través de servicios de promoción, protección y recuperación.
- Optimizar la utilización de las nuevas tecnologías, teniendo en cuenta cuestiones éticas, financieras, y en especial el beneficio del paciente.

- Promocionar estilos de vida saludables a través de habilidades de comunicación y orientar a individuos y grupos en la protección de su propia salud.
- Reconocer los requerimientos de salud de cada individuo y de la comunidad, alcanzando un equilibrio entre las expectativas del paciente y las de la sociedad en general, tanto a corto como a largo plazo.
- Trabajar eficientemente en equipo dentro del sector salud como con otros sectores socioeconómicos que afectan la salud.

La convocatoria a un nuevo modelo médico es en realidad una convocatoria a una transformación fundamental de la práctica médica y de la atención de la salud, que obviamente afectará la educación médica.

En la actualidad todo el sistema educativo se sustenta sobre el paradigma "del saber" como valor máximo, pero en el mundo que viene ya no será tan relevante el saber en sí mismo. Su evolución tan dinámica hará muchas veces efímero el conocimiento en términos de aplicación.

La sociedad del cambio le exigirá al médico, una nueva jerarquización del sistema de valores en el que la flexibilidad para aprender a aprender sea el eje central.

Entender los contextos, extraer la lógica de los procesos y estimular el pensamiento abstracto se convertirán en virtudes estratégicas.

Aprender a ser médico, es un esfuerzo que conlleva mucho tiempo y precisa de numerosas experiencias vitales.

Hoy, existen nuevas tecnologías de simulación asistida por computadora, realidad virtual y de sensaciones táctiles que son de gran utilidad en la simulación de situaciones clínicas.

Las nuevas tecnologías de diagnóstico y terapéuticas requieren entrenamientos seguros y eficaces, y la simulación ayuda al desarrollo y la práctica de estas nuevas técnicas.

Ahora bien, la educación es el proceso, distinto de la instrucción o la habilidad técnica, destinado a hacer posible el desarrollo de un humanismo, a formar una personalidad, y el “Maestro” constituye un eslabón transcendental para alcanzar este objetivo.

Ya que, en la actualidad, los pacientes como participantes de la educación médica, ya no son espectadores pasivos, sino que esperan que los médicos hayan sido suficientemente preparados antes de ser expuestos a ellos bajo su condición humana.

El objetivo educacional es formar médicos lo más completos posibles, dotados del suficiente espíritu crítico e imaginación como para plantear soluciones innovadoras a los problemas que afectan a la práctica profesional.

El éxito de educar en la salud dependerá de la continuidad de las acciones y al tiempo que dediquemos a nuestros pacientes, en la práctica médica cotidiana.

Consideremos que sembrar educación es cosechar salud.

### ***Papel del médico en la sociedad***

Grandes y profundos cambios se produjeron en las últimas décadas en el mundo y en la medicina.

El proceso de globalización trajo aparejado tiempos materialistas y frívolos. La profesión médica se modificó como consecuencia del nuevo entorno social y el cambio de las condiciones de ejercicio profesional.

Sin embargo, a través de la historia, los médicos ejercieron su arte en distintas culturas, regímenes políticos y sistemas de atención de la salud, cumpliendo su

noble tarea con idoneidad, dignidad y superando flaquezas, debilidades y dificultades.

Los médicos hemos tenido y tenemos todavía un interés por transmitir nuestros conocimientos a las generaciones siguientes. Es un hecho que no es común en otras profesiones. Hay una vocación por la donación del conocimiento. Eso es muy bueno y por allí es donde empiezan a aparecer las esperanzas en relación a la crisis.

En un escenario tan complicado, siguen apareciendo médicos jóvenes capaces, motivados, interesados que miran hacia el futuro.

La medicina es, finalmente, preocuparse por el otro que sufre, con herramientas cada día más sofisticadas, más científicas, más complejas, pero que en el fondo sirven a ese sentimiento básico, primario, de compasión por el padecimiento del otro.

Para finalizar citando a Albert Einstein en relación a la crisis:

“La verdadera crisis es la crisis de la incompetencia. El problema de las personas y los países es la pereza para encontrar las salidas y soluciones. Sin crisis no hay desafíos, sin desafíos la vida es una rutina, una lenta agonía. Sin crisis no hay méritos. Es en la crisis donde aflora lo mejor de cada uno, porque sin crisis todo viento es caricia.

Hablar de crisis es promoverla, y callar en la crisis es exaltar el conformismo. En vez de esto trabajaremos duro. Acabemos de una vez con la única crisis amenazadora que es la tragedia de no querer luchar por superarla.”

### ***Lectura recomendada***

1. Cooper JB. et al. A brief history of the development of mannequin simulators for clinical education and training. *Qual Saf Health Care*. 2004;13 Suppl 1: i11-8.
2. Good ML. et al. Patient simulation for training basic and advanced clinical skills. *Med Educ*. 2003;37 Suppl 1:14-21
3. Gordon JA. et al. Bringing good teaching cases «to life»: a simulator-based medical education service. *Acad Med*. 2004; 79:23-7.
4. Iglesias Ricardo. “La Cardiología en 500 palabras”. Editorial Intermédica. Edición 2018.
5. Iglesias R. y col. Educación a distancia en cardiología. Análisis poblacional de una nueva modalidad educativa. *Rev Arg Cardiol*, 65: 651-657. Año 1997
6. Iglesias R. La incertidumbre en la toma de decisiones médicas. *Rev. CONAREC*. Año 21 N°80: 88. Año 2005
7. Iglesias R. Es necesario e imperioso Humanizar la Medicina. Carta del presidente. *Rev Arg Cardiol*; 77 N° 4: 333-34. Año 2009
8. Satish U. et al. Strategic management simulations is a novel way to measure resident competencies. *Am J Surg*. 2001; 181:557-61.
9. Small SD. et al. Demonstration of high-fidelity simulation team training for emergency medicine. *Acad Emerg Med*. 1999; 6:312-23.
10. Trongé J., Iglesias R. Residencias médicas en Cardiología. *Rev Col Arg Cardiol*; 2: 4-6. Año 1998
11. Trongé J., Iglesias R. Consenso nacional de educación médica en cardiología. Editorial *Rev Arg Cardiol*; 67: 277-279. Año 1999.



A ti,  
ten siempre presente que  
trabajás con personas,  
y que en algún momento estarás en su lugar,  
por tal motivo,  
antes de ser un excelente médico,  
debes ser un excelente ser humano,  
para lo cual,  
solo tenés que entender la  
divinidad que te rodea y  
a la cual pertenecés,  
te consideres una creación divina  
o una hermosa combinación  
del azar,  
cuya existencia en armonía  
debes de cuidar.  
Este es el verdadero “secreto”

Gustavo Escalada Lesme.



### **Dr. Gustavo L. Escalada Lesme**

Médico Cardiólogo.

Master en Cardiología Clínica por la Universidad Católica de Murcia, España.

Especialista en Didáctica Universitaria.  
Universidad "San Carlos"

Especialista en Administración Hospitalaria. Universidad Católica. "Nuestra Señora de la Asunción".

Fellow of American College of Cardiology.

Fellow of Sociedad Interamericana de Cardiología.

Miembro titular de la Sociedad Paraguaya de Cardiología y Cirugía Cardíaca.

Miembro de la Sociedad Española de Cardiología.

Jefe del Servicio de Cardiología Clínica del Gran Hospital Nacional de Itauguá.

Staff del Instituto del Cáncer "Prof. Riveros".

Docente del postgrado de Cardiología de la Universidad Católica "Nuestra Señora del Asunción", Campus Guaira.

Editor asociado de la revista indexada de medicina "Revista del Nacional".

Autor y coautor de numerosos artículos de investigación en medicina.

GENTILEZA:  **Fapasa**