

Decisiones resistentes

Juan Gérvas

Médico general. Equipo CESCA. Madrid

DECISIÓN CLÍNICA

“Dada la situación actual de mi paciente, sus preferencias y las de la organización en que trabajo: ¿existe una intervención que modifique su estado? En caso positivo ¿en qué dirección, con qué intensidad y cuáles son los beneficios y perjuicios esperables?”. Pues eso, eso es lo que nos planteamos de continuo ante cada paciente y cada uno de sus problemas de salud. Lo hacemos sin darnos apenas cuenta y solemos acertar. Pero, la verdad, valdría la pena que lo pensásemos un poco. No es sólo considerar al paciente en su contexto sino tener en cuenta sus preferencias, lo que exige conocerle y escucharle.

–¿Tú lo haces así?

–Lo intento, lo intento. No es fácil, pues muchas veces el paciente no lo tiene claro.

–¿Por ejemplo?

–Tengo un paciente joven con dolor de espalda, en lo que es claramente una lumbalgia inespecífica, de baja ya dos meses porque nada le alivia el dolor. Creo que interviene en su incapacidad (y en el dolor) el nacimiento del tercer hijo, la finalización del contrato de su mujer, los cambios en las subvenciones europeas para su ganado y otras muchas cosas más. Pero por estar de baja, en la mutua le pidieron una resonancia y salió una hernia discal. Probablemente sin relación con la lumbalgia, pero ha pedido ir al traumatólogo porque quiere operarse. Corre el riesgo de que lo dejen inválido, y en cualquier caso que a los diez años de la intervención tenga el mismo resultado que con tratamiento conservador. No hay manera. Quiere operarse, y le encanta lo que yo le digo, que es no operarse. Pero él prefiere el riesgo de operarse. Y lo

intervendrán, sin duda. Veremos en qué queda al final.

–Bonito caso. ¿No le pones mala cara por no seguir tu consejo?

–De ninguna manera. La espalda es suya. Intentaré “limitar daños” y que su situación no repercuta mucho en el resto de la familia. Que tenga claro que el estar de baja se ha asociado a beber más, a jugar más, a pérdida de situación económica, a riesgo de depresión y de suicidio, a más separaciones matrimoniales...

No es fácil decidir ante el paciente concreto. Para empezar, falta muchísima investigación que ayude a entender incluso cómo decidimos. Es decir, decidimos generalmente bien, pero no sabemos cómo. Sobre todo, falta información para tomar decisiones fundadas en el mejor conocimiento. Casi todo lo que se publica de Medicina Basada en Pruebas da datos sobre poblaciones. Son estudios generalmente bien hechos (elegancia interna) pero no trasladables ni a otros ámbitos ni a otros pacientes (irrelevancia externa). En otras palabras, los ensayos clínicos suelen tener gran validez interna (lo que dicen es cierto) pero escasísima validez externa (lo que dicen sólo sirve para donde se estudió). Por ello es difícil traspasar los resultados de los ensayos clínicos a las consultas. Por ejemplo, en los ensayos clínicos no se suele estudiar ni la clase social ni el nivel educativo. Y sin embargo en la práctica clínica diaria esas dos variables son fundamentales en todas las decisiones. No es lo mismo una insuficiencia cardíaca en una persona de clase baja y analfabeta, que en un universitario de clase alta. La respuesta tiene que ser adecuada, y en este ejemplo hay que dedicar más tiempo al paciente pobre y analfabeto... Aunque hagamos lo contrario, y logremos día a día el cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos (“cuantos más

cuidados se precisan menos se reciben, y esto es más cierto cuanto más se orienta al mercado el sistema sanitario”).

RESISTENCIA BACTERIANA

En un estudio en 27 países europeos, sobre cuatro antibióticos y siete enfermedades (septicemia y demás), se ha demostrado que las resistencias bacterianas pueden matar a 37.000 europeos anualmente, como mínimo. Es una cifra que obliga a pensar. Los antibióticos fueron los primeros medicamentos que asombraron a legos y a profesionales. Siguen siendo imprescindibles y extremadamente útiles. Pero si continuamos despilfarrándolos el balance entre beneficios y perjuicios se inclinará hacia los segundos. Despilfarramos antibióticos en muchas ocasiones. Por ejemplo, en las sinusitis, otitis, faringitis, amigdalitis, bronquitis y cistitis. Y en muchas “prescripciones preventivas”, como en la cirugía limpia, en las extracciones dentales y demás. Calculé hace tiempo que para evitar un caso (no una muerte) de endocarditis en Cataluña los catalanes tenían que tomar al año 750 kilos adicionales de antibióticos. Ahora, en 2008, el NICE inglés ha desaconsejado esta práctica de prevención con antibióticos de la endocarditis en las extracciones dentales. Costará cambiar las pautas arraigadas en los médicos, de

prescripción rápida de antibióticos.

–¿No te parece muy exagerado lo que estás diciendo?

–Yo creo que lo exagerado es la alegría con la que empleamos innecesariamente los antibióticos. Son medicamentos tan útiles que valdría la pena que los empleáramos mejor. Ya creo haberlo dicho aquí, pero en los países nórdicos (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega y Suecia) todavía el antibiótico más recetado es la penicilina. La humilde y vieja penicilina que aquí casi se emplea testimonialmente.

–¿No querrás que nos mantengamos en las cavernas, no?

–No, claro. ¡Ya me gustaría que la media de nuestras casas tuviera la calidad de la media de las “cavernas” nórdicas! Lo que promuevo es el uso racional de los antibióticos; el respeto a la prescripción de antibióticos; el evitar que mueran anualmente 37.000 europeos por las causas estudiadas.

Lo dicho, dicho está. Tenemos medicamentos poderosísimos que nos ayudan en la práctica cotidiana. Conviene ser prudentes en su utilización para que los beneficios siempre superen a los perjuicios. Puesto que no hay intervención sanitaria que no provoque daños, intentemos que estos sean mínimos e inevitables.

Dicho está.

Correspondencia: jgervasc@meditex.es