

El peor aplazo es el que nos pone el paciente

Sr. Editor:

Entre los recuerdos de mis años de Facultad, quedó grabada una lección que el Jefe de Cátedra de Psiquiatría nos diera para toda la profesión y la vida. Teníamos esta materia en los dos años finales, ya que el profesor solía decirnos que nunca más íbamos a verla, salvo que alguno por ahí, un poco raro, quisiera dedicarse a ella. Y tenía razón: esos "locos" a los que hacíamos a un lado no sólo eran pacientes sino que, como tales, implicaban ser personas que, en este caso, estaban enfermas, sufrían y algunos eran conscientes de sus afecciones psiquiátricas. Toda esta cuestión no era muy de nuestro agrado en aquel entonces, más lo comprendería años más tarde con el transcurrir del tiempo.

El día que teníamos el examen parcial integrador escrito parecíamos chicos traviesos e inmaduros de escuela con machetes armados por allí, cuán lejos de los futuros "íntegros e intachables" médicos. El profesor se sentó muy tranquilo pero firme, nos miró largamente en un silencio tan prolongado como molesto e incómodo. Finalmente, nos dijo sabiamente, que entonces le teníamos miedo a él y que actuábamos como chicos inmaduros... ciertamente, ¡íbamos a ser nada menos que médicos!... Y, agregé, quizás reprobarán, pero podrán rendir una y otra vez con él hasta que aprobáramos, nadie iba a salir dañado salvo un mal rato que tiene arreglo; tampoco nadie se enteraría de esto cuando fuéramos médicos.

Nos estábamos engañando a nosotros mismos. Cada paciente que atendemos es el mayor examen que estamos rindiendo todos los días de nuestra vida cuando ejercemos. Si no estudiamos, como pasaba entonces y recurriamos a esos apuntes escondidos bajo el banco, nos aplazan por impericia. Y obvio, somos aplazados también por imprudentes, por realizar un trabajo para el que no estamos capacitados por no haber estudiado como y cuando correspondía. Y la negligencia, que quizás es la más peligrosa y triste, ya que acá intervienen factores emocionales que no van a olvidar ni los pacientes, ni nosotros. En el mejor de los casos, si a nosotros no nos interesa la persona, que sería lamentable, si es que podemos luego vivir en nuestra conciencia con ello, puede que salgamos exentos de la Justicia. Lo malo, es que corre de por medio nada menos que la vida de una persona, y puede costarle la misma de varias maneras, no solamente la muerte. Sin embargo, el peor de todos los aplazos lo pone el mismo paciente, ya sea porque le costó la vida, más allá de que aceptemos que tampoco somos Dios y que no sanamos a nadie por nosotros mismos, o porque él nos aplaza-abandona y

cambia de médico, porque nosotros no lo supimos acompañar. Este aplazosólo lo puede levantar él. Nuestro profesor concluyó diciendo que, cuando fuéramos médicos, tratáramos de no ser aplazados por nuestros pacientes, al menos, por lo primero. Luego de contarnos esto y tener este último contacto con él, muchos de los apuntes, sino todos, comenzaron a desaparecer como por arte de magia.

Les aseguro que hasta el día de hoy me ha servido esta experiencia, no por miedo a fallar, sino por haber encontrado a partir de entonces, el motivo para seguir estudiando con ganas a pesar del cansancio, y más allá del interés y la curiosidad que me insta a hacerlo por gusto. Nos lleva a permitarnos acompañar mejor a quienes nos toca hacerlo desde nuestra profesión de médicos, con la conciencia de haber dado en lo posible lo mejor de nosotros mismos, más allá de los errores que podamos cometer sin intención, los cuales también forman parte del aprendizaje. Más si comenzamos a escucharnos un poquito más cada vez, médicos y pacientes. Calidad y calidez. Ciertamente creo que todo esto nos permite aprender de y junto a los demás, sumando en el día a día... y nos hace crecer.

Ojalá nunca perdamos este horizonte, que es un don dado a cada uno para volcarlo en la realidad concreta del presente diario. ■

Dra. Flor Tobar
Médica Pediatra

Sr. Editor:

La medicina mundial lentamente está registrando que *la* epidemia contemporánea no es ni el HIV ni el H1N1. Queda claro que nos enfrentamos con la diabetes 2 incluida o no en el síndrome metabólico X, que ha duplicado el número de casos en los últimos 10 años. También estamos, abriendo los ojos de sorpresa, aprendiendo que se trata de una epidemia y que bien puede considerarse contagiosa y pandémica.

Como destaca el reciente Editorial de *The Lancet*,¹ sobre una base genética se agrega como causa el estilo de vida y hábitos alimenticios, estos dos, altamente contagiosos en una sociedad interconectada por medios visuales convincentes.

Sabemos como pediatras que la intervención preventiva más eficaz se encuentra en nuestras manos: prevenir la obesidad y evitar el sedentarismo.

No escapa a mi entender, que la diabetes y sus complicaciones son motoras de una industria farmacéutica, médica y tecnológica formidable que convenientemente evita concentrar esfuerzos en la prevención.

Lo que hace pocos años era considerado como una actividad saludable, recomendable y hasta obligatoria (*Mens sana in corpore sano*), el juego y el deporte, hoy se ha instalado como una actividad con riesgo mortal que induce a la exigencia de un sinnúmero de exámenes médicos y certificados que, a mi entender no sólo no sirven para detectar el 1 en 20 mil en situación de riesgo de muerte asociada al deporte, sino que alejan a muchos potenciales deportistas por impedimentos económicos.

Los exámenes anuales para un deportista federado en básquet o en rugby orillan los \$ 1000 (incluye análisis clínicos, ergometría, Rx de columna cervical y de tórax).

Las normas de la SAP² pasaron de una recomendación de estudios cardiológicos complementarios para los pacientes en riesgo (antecedentes personales de precordialgia o síncope asociado al esfuerzo, antecedentes de familiares muertos súbitamente, adultos jóvenes) a un ECG con informe de cardiólogo obligatorio para *todos* los niños mayores en actividades competitivas. Con esto he perdido mi soporte en mi lucha contra la insensatez de la presión regulatoria médica de la actividad humana.³

Como alguna vez dijo Gianantonio: "La tecnología ha pasado a llevar de la mano a la medicina", o un colega hace algunos años, más cáusticamente, "El médico es un vulgar vendedor de tecnología, generalmente sin sueldo".

¿Cuánto faltará para que se exija una medición semestral del tabique IV o una TACC contrastada para los jugadores de rugby?

De los tres últimos muertos asociados al deporte en mi ciudad, uno fue una muerte súbita (no autopsiada), otro un traumatismo de cráneo por ruptura del travesaño del arco y otro por aspiración de una goma de mascar.

Es obvio que dos eran evitables por un supervisor deportivo competente.

¿El otro, se hubiese detectado con las exigencias actuales? Tal vez. Fundamento el "tal vez" en los estudios publicados sobre la detección precoz de tanto el síndrome de QT largo, la anomalía de nacimiento de coronarias como de la miocardiopatía hipertrófica/dilatada, a un costo de 10 millones de pesos/año/10 mil deportistas en actividad en mi ciudad para "tal vez" evitar una muerte juvenil en 20 años.

Se me ocurre que sería más sensato invertir ese dinero en mejorar las condiciones de juego, incrementar el número de supervisores de deporte, entrenarlos en la detección de problemas de rendimiento físico de los chicos, y la capacitación para el manejo de emergencias médicas relacionadas con el deporte.

¿De qué lado del mostrador estamos los pediatras? ¿Los vendedores de tecnología o los promotores de salud?

Dr. Miguel Webb
Pediatra
Comodoro Rivadavia

1. Type 2 diabetes - time to change our approach. *Lancet* 2010; 375 (9733):2193.
2. SAP. Comité de Medicina del Deporte Infante Juvenil: Consenso sobre examen físico del niño y joven que practican actividades físicas. *Arch Argent Pediatr* 2000;98(1):60-79.
3. Illich I. Nemesi Médica. [citado: 13 ene 2011]. Disponible en: <http://www.ivanillich.org.mx/Linemes.htm>.

Sr. Editor:

En un reciente número de *Archivos Argentinos de Pediatría* se ha publicado un excelente metaanálisis vinculado con la administración de fluoroquinolonas en la población pediátrica.¹ Es importante destacar que estos antibióticos se encuentran entre los más indicados en la actualidad, en función de su amplio espectro y de la óptima penetración tisular en ciertos órganos como el hueso o el parénquima pulmonar, entre otros.

En este contexto, resulta de interés destacar la especial vulnerabilidad de otros grupos poblacionales a los efectos adversos osteoarticulares de estos medicamentos. En una actualización vinculada con este tema,² se hace hincapié en el mayor riesgo de estas lesiones en los ancianos, en pacientes con enfermedades reumáticas, en sujetos con procesos pulmonares crónicos y en quienes reciben corticoterapia de forma prolongada. Dada la mayor difusión del uso de estos fármacos, en especial en individuos con osteomielitis e infecciones por micobacterias, resulta importante incluir en la población vulnerable a las reacciones adversas musculoesqueléticas tanto a los niños como a estos subgrupos de adultos.

El reconocimiento de todos los grupos de riesgo por parte de los médicos generales y especialistas facilitará la prescripción correcta de estos antibióticos, considerados en la actualidad entre los antimicrobianos de mayor utilidad en la práctica cotidiana.

Dr. Leonardo Gilardi

1. Rosanova MT, Lede R, Capurro H, Petrungraro V, Copertari P. Efectos adversos musculoesqueléticos por el uso de fluoroquinolonas en niños: un metaanálisis. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(6):524-531.
2. Doyle HE. Tendinopathy resulting from the use of fluoroquinolones: Managing risks. *JAAPA* 2010;23(12):18-21.