

# Artículo especial: Alegre incertidumbre

Cheerful uncertainty

Esteban Rubinstein\*

## Resumen

A propósito de dos viñetas clínicas vinculadas con el riesgo cardiovascular, el autor de este artículo reflexiona acerca de la complejidad de la causalidad y de intentar predecir el desenlace de un individuo sobre la base de la información proveniente de poblaciones. En este sentido, manifiesta que la incertidumbre es inherente al trabajo médico cotidiano y relata una experiencia clínica en la cual aparece una "alegre incertidumbre" cuando esta es compartida por el médico y el paciente.

## Abstract

In the context of two clinical vignets related with cardiovascular risk issues, the author of this article thinks about complexity of causality and about trying to predict an individual outcome based of the information from populations. He argues that uncertainty is inherent to medical daily work and reports a clinical experience in during wich it appears a "happy uncertainty " shared by the doctor and the patient.

**Palabras clave:** Incertidumbre, riesgo cardiovascular, entrevista clínica. **Key words:** Uncertainty, cardiovascular risk, Clinical interview.

Rubinstein E. Alegre incertidumbre. Evid Act Pract Ambul Abr-Jun 2013 (16) 2;57-59.

Un hombre de 46 años muere un domingo por la noche, mientras duerme junto a su esposa, que también duerme mientras el hombre muere. Ella se despierta el lunes por la mañana, pero su marido no, porque está muerto. La mujer da un alarido de terror. Los hijos, un varón de 14 años y una nena de 11, llegan al cuarto. Hay gritos y llantos, a los que sucede el desconcierto, el temor y el dolor. Llegan los familiares y los amigos. Por un lado se organizan el velorio y el entierro y por el otro se discuten las ventajas y las desventajas de hacer una autopsia. Finalmente la esposa del hombre decide que le hagan la autopsia, que defina la causa de la muerte: ruptura de la pared libre del ventrículo izquierdo por infarto agudo de miocardio y trombosis de la arteria coronaria descendente anterior debida a la ruptura de una placa de ateroma.

En el curso de la semana tendrán lugar cientos de charlas en relación con esta muerte: en la Universidad donde enseñaba el hombre, en el centro comercial donde trabaja su esposa, en la escuela de la nena, en el colegio del chico y entre los amigos y familiares de todo ese grupo humano que ha sido tocado por la desgracia.

Ya se obtuvieron todos los datos clínicos que pudieron recabarse: el hombre fumaba quince cigarrillos por día desde los 18 años, se había hecho un chequeo hacía dos años (tenía un colesterol total de 215 mg%, una HDL de 46 mg%, triglicéridos de 210 mg%, LDL de 127 mg% y una presión arterial de 120/75 mmHg), no tenía sobrepeso, no hacía actividad física y no tenía antecedentes familiares de muerte prematura de causa cardiovascular.

Todas las personas que se han enterado de esta noticia súbita y terrible piensan en los chicos y en la esposa, en el hombre que ya no está más, y también en ellos. Muchos temen por sus vidas, sobre todo los que fuman, o quienes tienen un ser querido que fuma. Dos o tres tabaquistas dejan de fumar, muchos se lo proponen, varios cónyuges les exigen a sus parejas que abandonen el tabaco. Se habla de la importancia de evitar el sedentarismo y hacer actividad física, algunos vuelven al gimnasio que habían abandonado, varios matrimonios retoman las caminatas de los domingos, algunos se excusan y no asisten a asados y cenas para evitar comer grasas animales, muchos se replantean sus hábitos alimentarios.

En las siguientes cuatro semanas se generan decenas de consultas médicas relacionadas con esta muerte: vengo a hacerme un chequeo completo, quiero hacerme un electrocardiograma, ¿no sería conveniente que me indique una ergometría? En diferentes ámbitos se desarrollan innumerables charlas sobre el tema. Además de las habituales frases, del tipo: pobre mujer, ahora sola con los dos chicos, etc. los ambientes se caldean con opiniones etiológicas: lo mató el cigarrillo, debía

estar muy estresado, era un hombre que se guardaba todo, ese matrimonio no andaba bien hacía mucho tiempo, el hijo tenía problemas con sus compañeros y eso lo ponía muy mal al padre, seguro que venía teniendo dolores de pecho y no le dijo nada a nadie, era muy reservado, era un negador, no puedo entender cómo una persona con chicos tan chicos puede fumar, tendría que haberse hecho otro chequeo, con el riesgo que tenía este hombre su médico tendría que haberle dado estatinas y aspirina en forma preventiva.

La mayoría de las personas que participaron en forma directa o indirecta de este acontecimiento (incluso muchos lectores de este texto) creen que la causa de la muerte de este profesor universitario (y del infarto masivo) fue el cigarrillo, pero todos sabemos que la realidad es más compleja, que en rigor no sabemos por qué el cigarrillo le provocó la muerte a él, a los 46 años, mientras que hay muchos hombres de esa edad que fuman y no se han muerto aún por el cigarrillo, y tampoco sabemos qué le habría pasado si no hubiera fumado. Lo que hacemos, cuando ocurren los hechos, es asociar rápidamente el riesgo con el evento, pero esta simplificación no es del todo correcta, aunque es entendible que pensemos así porque no toleramos la incertidumbre y preferimos pensar que la vida es simple y poco azarosa a asumir que es compleja y que está impregnada por el azar.

Analicemos con mayor detenimiento el caso y detengámonos sobre las certezas: 1) Un profesor universitario de 46 años y tabaquista ha muerto a causa de un infarto agudo de miocardio. Esta certeza, aportada por el estudio anatomopatológico, nos indica que el hombre tenía enfermedad coronaria y que falleció a causa de esa enfermedad, 2) El tabaquismo es un factor de riesgo cardiovascular. Esta es una certeza epidemiológica que nos habla de un riesgo. Asumimos que el riesgo, una vez confirmado el incidente, es la causa del evento, pero lamentablemente la incertidumbre más angustiante, a saber, ¿por qué este hombre se enfermó y por qué se murió a los 46 años?, seguirá acompañándonos. En este pequeño párrafo está resumido uno de los principales errores que cometemos los médicos (y la sociedad), un error entendible y que se origina en el deseo de quedarnos tranquilos atribuyendo causalidad, pero que si no lo tenemos en cuenta nos lleva a razonar erróneamente y a tomar decisiones equivocadas.

El problema es dónde nos situamos. Si nos paramos en el lunes, tenemos un hombre que ha muerto a causa de un infarto agudo de miocardio. Pero si nos paramos desde el domingo hacia atrás, solamente tenemos un hombre con un determinado riesgo de sufrir un evento cardiovascular mayor. La literatu-

\* Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria del Hospital Italiano de Buenos Aires esteban.rubinstein@hospitalitaliano.org.ar



ra es profusa en cuanto a la estimación de dicho riesgo, y existen muchas tablas para calcularlo, basadas en la edad, el tabaquismo y los valores de colesterol y de presión arterial, entre otros datos. Hagamos el cálculo del riesgo que tenía este hombre a los 44 años, cuando se hizo el chequeo. Según el NCEP (National Cholesterol Education Program, un programa basado en la tabla de riesgo de Framingham, en los Estados Unidos)<sup>1</sup>, el riesgo que tenía este hombre de sufrir un infarto o de morir por causa cardiovascular en los próximos diez años era del 10%. Según el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)<sup>2</sup> del Reino Unido y también según las tablas del Programa Europeo para la prevención cardiovascular<sup>3</sup>, el riesgo que tenía este hombre de morir a causa de una enfermedad cardiovascular en los siguientes diez años era del 1%. La diferencia entre 1% y 10% es de nueve puntos. Si bien estas diferencias son importantes para las discusiones que tenemos los médicos acerca del riesgo de nuestros pacientes (por lo general decimos que los norteamericanos sobrevaloran el riesgo y que las tablas europeas son más realistas), lo que podemos decir con certeza es que el riesgo que tenía este hombre era entre muy bajo (10%) y extremadamente bajo (1%). Esto es muy importante ya que si hoy vemos un hombre de 44 años con el mismo riesgo cardiovascular que nuestro profesor fallecido, tenemos que pensar que es muchísimo más probable (entre 90 y 99%) que permanezca vivo en los próximos diez años a que fallezca a consecuencia de un evento cardiovascular mayor. En otras palabras, tenemos que asumir que a la mayoría de nuestros pacientes los vemos durante un domingo muy largo y a muy pocos los vemos el lunes. El problema es que habitualmente pensamos como si fuera lunes. Ese domingo muy largo (casi eterno, si no supiéramos que en algún momento nos vamos a morir) es, de algún modo, lo que quisiera definir aquí como la alegre incertidumbre.

Antes de desarrollar este concepto en base a lo que me ocurrió hoy con un paciente, quisiera discurrir un poco más acerca de las implicancias contextuales que tienen los eventos (las certezas). Simplemente imaginemos que el hombre fallecido, en vez de ser un profesor universitario, tiene todas las demás variables iguales pero es un actor, un político o un deportista famoso. Imaginemos cuántas notas periodísticas se escribirían sobre el tema y cómo se multiplicarían viralmente los errores de apreciación etiológicos que mencioné más arriba (lo mató el cigarrillo, etc.) en las redes sociales, en los taxis, en las comidas y reuniones familiares y de trabajo, en los pasillos, en las conversaciones telefónicas, etc. Imaginemos el efecto que todo esto tendría sobre las consultas médicas y los pedidos de chequeos. ¿Y cuál era el riesgo de que este actor, político o deportista famoso que tenía las mismas variables de riesgo que nuestro profesor sufriera un evento cardiovascular mayor? El mismo: bajísimo, pero la sociedad se habría convulsionado mucho más. Imaginemos ahora que nuestro profesor no fumaba (y que nuestro actor, político o deportista famoso) tampoco. En este caso el riesgo según el NCEP sería del 3% y según los europeos del 0,2%. ¿Hay mucha diferencia entre estos riesgos y los del fumador? ¿Qué diría la gente en estos casos? Estamos en un momento importante de nuestro razonamiento: ¿Solamente en esta circunstancia, ante la muerte debida a un infarto de un hombre de 46 años que no fumaba y no tenía ningún factor de riesgo cardiovascular podemos pensar que se trató de un evento altamente improbable? Nos aterra la incertidumbre, pero hay momentos en que no nos queda otra que asumirla. Intenté demostrar con explicaciones y números (9% a 3% y 1% a 0,2%) que ambos eventos, tanto la muerte del hombre que fuma como la del que no, son altamente improbables a los 46 años de edad. Mi objetivo hasta aquí fue

demostrar cómo nos dejamos engañar por las variables de riesgo y les damos una jerarquía etiológica que no tienen.

El relato anterior parte de una muerte (de un acontecimiento que todos querríamos prevenir) y si bien intenté demostrar había muy pocas probabilidades de que ocurriera (pese a que el tabaquismo del hombre nos tienta a adscribir una definida causalidad), sé muy bien que no puedo introducir el concepto de alegre incertidumbre cuando nos referimos a un hecho triste. Por lo tanto, me permito presentarles al paciente que vi esta mañana y a partir de quien elucubraba la idea mencionada.

TF es un paciente de 39 años a quien atiendo hace diez años. Es periodista y desarrolla páginas web. Vive con su mujer y en estos años nacieron sus dos hijos varones (hoy tienen 8 y 5 años). Tiene dos hermanos mayores sanos. Sus padres viven, la madre es sana y el padre tiene el colesterol alto (se cuida desde hace muchos años con las comidas y recibe medicación). Cuando me consultó por primera vez, a los 29 años, me dijo que venía para hacerse un chequeo y que estaba preocupado por su colesterol (había llegado a tener valores de 280 mg% y los había bajado con dieta a 245 mg%); tenía un peso adecuado para su talla, no hacía actividad física, se cuidaba con las comidas, no fumaba, la presión arterial era normal (110/70 mmHg) y el examen físico también. Me vino a ver con los resultados y tenía un colesterol total de 264 mg%, una HDL de 61 mg%, triglicéridos de 70 mg% y LDL de 189 mg%. Le calculé el riesgo global de sufrir un evento cardiovascular mayor en los siguientes diez años según el score de Framingham (NCEP) y me dio menor al 1%. Traté de explicarle el concepto de riesgo y le dije que en personas como él los médicos buscábamos una meta de LDL menor a 160 mg%, que nos proponíamos indicar medicación para bajar el colesterol cuando el valor de la LDL era mayor a 190 mg% y que ante valores intermedios la conducta a tomar era incierta y dependía del juicio clínico. Le recomendé que hiciera actividad física (hablamos del tema), hablé de los alimentos (conocía bien la dieta por su padre), le ofrecí tomar medicación y me dijo que no, y quedamos en vernos en un año. Volvió una vez por año a controlar su colesterol y cada vez que lo veía yo sentía que venía asustado y preocupado. Las consultas fueron bastante similares: hacía mucha actividad física, la dejaba y después retomaba, por lo general trabajaba bastante y su familia se iba agrandando. En algunas oportunidades había logrado bajar la LDL a 165 mg%, pero por lo general estaba alrededor de los 185 mg%. Siempre le recordé la importancia de la actividad física y le ofrecí la posibilidad de medicarlo con estatinas, ya que si bien su riesgo cardiovascular era muy bajo, me parecía que iba a sentirse más tranquilo, teniendo en cuenta que me visitaba todos los años, le preocupaba el tema y que la medicación es relativamente inocua. Durante siete años vino todos los años.

Hace tres años tuvimos una larga charla en la que hablamos mucho acerca de la incertidumbre. Volví a explicarle que su riesgo cardiovascular era muy bajo pero que, teniendo en cuenta su preocupación, tal vez valdría la pena tomar estatinas, siempre y cuando eso no implicara que se sintiera enfermo. En ese momento me habló de la lucha que tenía su padre desde hacía años contra el colesterol, que a él no le gustaba esa vida y que, de algún modo, su padre se sentía un enfermo. Me dijo que él no quería tomar medicación porque eso implicaría acordarse todos los días del tema. Asentí, pero también le dije que la mayoría de nosotros nos lavamos los dientes todos los días y no estamos pensando en las caries, y nos ponemos el cinturón de seguridad y no estamos pensando todo



el tiempo que vamos a chocar con el auto. Es decir, le expliqué que cuando hacemos prevención primaria sabemos que lo más probable es que el evento grave no ocurra, pero que intentamos disminuir un poco el riesgo, partiendo de un riesgo muy bajo. Igualmente, le dije que yo no tenía ningún problema en que viniera una vez por año a ver cómo estaba su colesterol.

Hoy volvió a verme después de esa última consulta de hace tres años. Me dijo que quería agradecerme ya que, por primera vez en todo este tiempo, se había relajado con el tema del colesterol y había logrado comprender lo que yo intentaba explicarle acerca de la incertidumbre. Me contó que estaba muy contento, que su trabajo y su familia andaban bien, que seguía haciendo actividad física regularmente y comía de todo, pero trataba de evitar las grasas animales. Me señaló que quería hacerse un análisis de colesterol, pero que sabía que salvo que tuviera un valor mucho más alto que los anteriores no quería tomar medicación.

Cuando TF dejó el consultorio me di cuenta de que había tenido una consulta muy linda y pensé que era posible compartir con los pacientes la alegría por la incertidumbre. En el libro *Clínica imaginaria*, el intersticio en la consulta del médico de familia<sup>4</sup> escribí que un médico de familia suficientemente bueno es aquel que, entre otras cosas, acepta, toma en cuenta y disfruta de la omnipresencia de la incertidumbre. A lo largo del libro expliqué por qué la práctica ambulatoria estaba impregnada por la incertidumbre y por qué pienso que la única manera de ejercerla es disfrutando de ella. Sin embargo, en ese libro también me pregunté si los pacientes tienen derecho a que compartamos nuestra incertidumbre con ellos. La clínica hoy me demostró que es posible, y por eso se me ocurrió acuñar el término alegre incertidumbre, un concepto que nos permite a los médicos y a los pacientes disfrutar juntos de esta empresa incierta que es la vida.

Me imagino que algún lector se habrá hecho esta pregunta. Todo muy bien, ¿pero qué pasará con TF a los 60 años? ¿El médico (el autor) no debería ser más insistente en que tome la medicación? Es una pregunta válida, y aunque ya intenté explicar que creo haber cumplido mi rol de informar y acompañar a mi paciente en su alegre incertidumbre (y no una alegría pasiva, sino activa), volveré al pensamiento médico tradicional y buscaré algunos números. Si TF mantuviera estas mismas variables clínicas a los 60 años, su riesgo de su sufrir un evento cardiovascular mayor en los siguientes diez años sería, según Framingham, del 9% y bajaría al 7% si tuviera un colesterol de 200 mg% y según el NICE, del 3% y del 2% respectivamente. Como podemos observar, siguen siendo riesgos muy bajos.

Ahora bien. ¿Por qué para contar lo que ocurrió con TF

comencé con el relato de la muerte prematura del profesor universitario? ¿Qué relación hay entre estos dos personajes? No lo sabemos. Solamente sabemos que es muy poco probable (riesgo menor al 1%) que TF sufra un evento similar al del profesor en estos próximos diez años, pero el hombre fallecido representa el fantasma de todo el accionar preventivo, y por eso debemos conocerlo, tenerlo presente y no olvidarnos de él, porque si bien el concepto de riesgo es ficcional y abstracto, todos sabemos que hay eventos, y es a partir de ellos (del día lunes) que se elaboran las estrategias preventivas para los largos domingos en los que vemos cotidianamente a nuestros pacientes. Esta conducta preventiva no es ni buena ni mala, simplemente tenemos que tenerla en cuenta para poder ejercer la prevención de modo individualizado con nuestros pacientes. Hay muchos papers publicados en la literatura médica que nos indican que algunos hombres (muy pocos) como TF se benefician con el uso de estatinas. Esos papers están escritos sobre la base de miles de individuos como él que tomaron y no tomaron estatinas y, como sabemos, esa bibliografía hace hincapié en la disminución del riesgo relativo: se evita un evento entre cien que reciben la medicación (o entre ochenta, e incluso entre cincuenta) durante largos años. Eso está muy bien para los que evitaron tener un evento (que en nuestra realidad de largos domingos nunca sabemos quiénes habrían sido) y también para todos los que tomaron las estatinas y no se beneficiaron (tampoco sabremos quiénes fueron) pero las tomaron como nos lavamos los dientes o nos ponemos el cinturón de seguridad en el auto, es decir, sin sentirnos enfermos. TF es diferente (y muchos de nuestros pacientes lo son): para él, tomar remedios es sentirse enfermo. Se resiste a ser un nuevo enfermo, y si bien nuestro rol es explicarles a nuestros pacientes que convertirse en un nuevo enfermo no es lo mismo que estar enfermo, que el colesterol alto es solamente un hallazgo preventivo y no una enfermedad (creo haberlo intentado con TF), las personas tienen derecho a que los médicos ejerzamos una prevención (primaria, secundaria y terciaria) individualizada, basada en sus temores y en su contexto. Esta prevención, como ya expliqué en el libro *Los nuevos enfermos*, ventajas y desventajas de la medicina preventiva<sup>5</sup> es sumamente compleja. Por eso creo que hay aquí un problema con la terminología, ya que supuestamente los médicos que tenemos que ayudar a estos pacientes a tomar decisiones somos médicos de atención primaria y la palabra atención primaria nos lleva a confusiones, porque nos suena a básica, o sencilla, cuando, en rigor, como ya dije, es sumamente compleja y exige médicos entrenados en el conocimiento del paciente, y particularmente de su contexto. En síntesis, esta prevención que propongo es aquella que, sin negar el fantasma de la muerte, la discapacidad y la tristeza (sobre la base de las cuales se construye la prevención), se permita seguir disfrutando de la incertidumbre, de una alegre incertidumbre.

Recibido el 01/05/13 y aceptado el 06/05/13.

## Referencias

1. Grundy S y col.; for the Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. NCEP report. Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. *Circulation*. 2004;110:227-239. Disponible en URL: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/cholesterol/atp3upd04.pdf> (último acceso 02/05/13).
2. National Collaborating Centre for Primary Care. NICE clinical guideline 67. Lipid modification: cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Issue date: May 2008 (reissued March 2010). Disponible en URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG67NICEguideline.pdf> (último acceso 02/05/13).
3. Conroy M. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *European Heart Journal* (2003) 24, 987-1003. Disponible en Internet: <http://eurheartj.oxfordjournals.org/cgi/reprint/24/11/987> (último acceso 02/05/13).
4. Rubinstein E. *Clínica imaginaria*. El intersticio en la consulta del médico de familia. delhospital ediciones, 2012, Buenos Aires. Argentina.
5. Rubinstein E. *Los nuevos enfermos*. Ventajas y desventajas de la medicina preventiva. delhospital ediciones, 2009, Buenos Aires. Argentina.