

**Sobre la prevención cuaternaria y la medicina defensiva**

Con respecto al Editorial sobre prevención cuaternaria del Dr. De Vito quisiera hacer algunas consideraciones<sup>1</sup>. Desde hace poco más de 20 años me desempeño como Médica Auditora en una agrupación médica. Mi trabajo es auditar el cumplimiento de las normas en los convenios de dicha agrupación con diferentes Obras Sociales (OS). He visto a través de los años transformar el embarazo en una enfermedad y no en una condición natural de una mujer fértil. Todas las normas de auditoría de cualquier OS están de acuerdo en que con una ecografía por trimestre se considera un embarazo controlado. Estoy viendo pacientes a quienes se les efectúa entre 5 y 7 ecografías (casi una por mes de gesta). Las mismas son solicitadas por sus médicos alegando diferentes razones (tamaño del feto, cantidad de líquido, placenta no visible, etc...). A ello se suma el eco Doppler de cordón y otros estudios. La embarazada vive una situación de estrés permanente. La espera del nacimiento se mide por las visitas al médico y el crecimiento del niño por las ecografías. Asimismo la 3<sup>ra</sup> o 4<sup>ta</sup> ecografía suele estar indicada y/o realizada en modalidad 3D lo que, en un embarazo normal, no aporta más que poder ver la cara del bebé y especular sobre a quién se parece. Llegada la hora del parto, invariablemente se les realizará un monitoreo fetal de rutina haciendo que la embarazada eleve su angustia a un nivel inaudito que seguramente hará que parir sea más un alivio que un evento feliz y natural. Posiblemente esta forma de controlar un embarazo se deba más al ejercicio de la medicina defensiva que al exceso de celo profesional. Es obvio que la relación del médico y su paciente ha cambiado. Quizá debamos agregar “la cuarta ecografía” obstétrica en la lista de los ejemplos del Dr. De Vito. En el mismo sentido la demanda inducida por el proveedor, si bien es un concepto económico, en medicina tiene una traducción trágica: la deshumanización médica. Los médicos cada vez tocamos menos a los pacientes, los revisamos poco y preguntamos nada. Hemos alterado el proceso deductivo racional para llegar a un diagnóstico. Es más fácil y más seguro recurrir a la mayor cantidad de procedimientos para saber qué le pasa a nuestro paciente en vez de interrogar y revisar.

“Es por ello, por esta devaluación de la relación interpersonal, y por la desaparición del proceso diagnóstico como un proceso racional y deductivo, basado en el conocimiento científico, práctico y teórico adquirido con la práctica y el estudio, aplicado a cada paciente, que decimos que la medicina se está deshumanizando”.<sup>2</sup>

1. De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los *MeSH.Medicina (B Aires)* 2013; 73: 187-90.
2. Bianchi Cardona A. La deshumanización de la Medicina. Reflexiones de un médico de a pie. En: <http://es.scribd.com/doc/142696905/LA-DESHUMANIZACION-DE-LA-MEDICINA-pdf>, consultado el 18/5/13.

María Cristina Borrajo

Asociación Médica de Luján, Buenos Aires, Argentina

e-mail: [crisborrajo@yahoo.com.ar](mailto:crisborrajo@yahoo.com.ar)

**Prevención cuaternaria y los síndromes de Knock y Ulises**

He leído con atención el editorial del Dr. De Vito publicado en esta Revista<sup>1</sup>. Como dice su autor, aceptamos que el fundamento de la actividad médica es el *primum non nocere*, la prevención cuaternaria debería primar sobre otro tipo de prevención y cuando no realizamos esta prevención aparecen los denominados síndromes de Knock y Ulises. La “medicalización” de la sociedad, o lo que es lo mismo, la influencia de la medicina en casi todos los aspectos de la vida cotidiana y cultural, es un tema de actualidad<sup>2</sup>. Hoy, la sociedad y la industria transforman sanos en enfermos, se toma al envejecimiento como enfermedad y se enfatiza la búsqueda de la salud hasta transformarla en enfermedad. El médico ha devenido en proveedor, el paciente en cliente, y la relación médico-paciente en breves encuentros o reuniones. Los cambios sociales, económicos y políticos nos demandan cambios innovadores y apertura de pensamiento<sup>3</sup>. Una frase que se le atribuye a Claude Bernard (1813-1878) dice “los sanos son enfermos insuficientemente estudiados” y en tal sentido, el endiosamiento de la técnica por sobre la clínica (tecnolatría), nos conduce al síndrome de Knock (personaje de la obra de Jules Romains), que describe la odisea que padecen los “pacientes” sanos, como consecuencia de estudios exigidos por ellos mismos, vinculados a la ilusión de que su realización permite siempre mejores diagnósticos<sup>4,5</sup>. Knock o el triunfo de la medicina, representa tragicómicamente la medicalización de la vida hoy. Knock, estudiante crónico recientemente graduado, viene a suceder al veterano doctor Parpalaid en el cantón Saint Maurice, donde en pocos meses transforma la magra clientela anterior de atrasados y avaros campesinos, renuentes a la atención de la salud, en una población consumidora de servicios médicos,

con un gran sanatorio-hotel como principal atractivo y actividad económica de la región<sup>5</sup>. El síndrome de Ulises es el conjunto de situaciones que presenta un paciente como resultado de una bien intencionada pero excesiva investigación diagnóstica<sup>4</sup>. En estas circunstancias, los estudios complementarios conducen a resultados falsos positivos que, malinterpretados, conducen en cascada a nuevos estudios o intervenciones terapéuticas con costos y riesgos, con sufrimientos y complicaciones. Los pacientes con síndrome de Ulises, usualmente comienzan sanos o con enfermedades relativamente poco importantes, para luego de un largo peregrinar con investigaciones y tratamientos muchas veces peligrosos, tras experimentar un número de desventuras, finalmente (aunque no siempre) vuelven al punto de partida (aunque con las consecuencias del padecimiento de su odisea)<sup>6</sup>. Como dice Agrest, en medicina hay falsos positivos y falsos negativos en la anamnesis, en el examen físico, en la observación, la palpación y la auscultación, en los exámenes de imágenes y en los exámenes microscópicos; evitar estos errores exige experiencia, capacidad autocrítica y escepticismo crítico<sup>7</sup>. Contribuirían a la presentación del síndrome de Ulises la inadecuada valoración de los resultados falsos positivos por parte de los profesionales, la realización de estudios innecesarios, debido al imperativo tecnológico<sup>2</sup>, en pacientes en los que la probabilidad de una determinada enfermedad es relativamente baja. La superación de este problema empieza por su reconocimiento, educación médica y prevención cuaternaria. Sin embargo, la presión social por la realización de estudios complementarios y la práctica de la medicina defensiva tornan necesaria la extensión de dicha actividad educativa a toda la sociedad. La tecnolatría se volverá en nuestra contra, generando conductas defensivas que propiciarán más estudios que llevarán a nuestros pacientes a derroteros que se bifurquen infinitamente y los mantengan, como a Ulises, sin poder volver a Ítaca a menos que se piense en la prevención cuaternaria.

*Pablo Young*

Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de  
Buenos Aires, Argentina

e-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

- De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 187-90.
- Illich I. Némesis Médica. La expropiación de la salud. México D.F.: Editorial Joaquín Mortiz, S.A., 1978.
- Semeniuk GB. La última persona sana. La vara de Esculapio y el caduceo de Mercurio. *Medicina (B Aires)* 2008; 68: 258-60.
- Gonorazky SE. El síndrome de Ulises y el riesgo de falso positivo en la neurología pediátrica. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104: 80-8.
- Mainetti JA. El complejo bioético: Pigmalión, Narciso y Knock. *Revista Latinoamericana de Bioética* 2008; 2: 30-7.
- Rang M. The Ulysses syndrome. *Can Med Assoc J* 1972; 106: 122-3.
- Agrest A. Los falsos positivos en medicina. *Medicina (B Aires)* 2012; 72: 182-3.

## Prevención cuaternaria y prevención primordial

Luego de haber leído el editorial del Dr. De Vito<sup>1</sup> sobre prevención cuaternaria, me surgieron algunas reflexiones que me gustaría compartir. En primer lugar, me produjo una sensación muy agradable ver una mirada médica tradicional más humanística y menos intervencionista y patologizadora. A mi juicio, el concepto de prevención cuaternaria bien puede establecer un puente para los que estamos en los enfoques médicos conocidos como "alternativos" o "no tradicionales". El autor se refiere a la atención primaria de la Salud como pilar de la prevención primaria, y a los equipos interdisciplinarios de trabajo en la Salud Pública como gestores de los programas de prevención. Esto es clave para cualquier programa de salud que se precie de equitativo. Otras miradas médicas como la Medicina Ayurvédica, que data de más de 5000 años, refleja conceptos hipocráticos como el *primum non nocere*. Este enfoque, como el de la prevención cuaternaria, está muy distante de los sectores de poder y de la medicalización que ejerce la industria farmacéutica. Como ginecóloga me siento representante de los médicos de atención primaria de la mujer, aunque la especialidad puede mostrar otro perfil. En 30 años de ejercicio de la profesión he asistido a la fragmentación del cuerpo de la mujer para el estudio, prevención y tratamiento de sus dolencias: no es inusual ver que las mujeres se hacen el PAP y la colposcopia con un ginecólogo, se controlan las mamas con otro, y consultan por sus problemas sexuales con un tercero. Nada más cierto que la gente llega a creer que, en la asistencia de la salud, la tecnología puede usarse para cambiar la condición humana de acuerdo casi a cualquier diseño. Así como prevención cuaternaria no aparece aún en MESH, tampoco aparece prevención primordial<sup>2</sup>, que implica apoyar y promover el desarrollo humano.

Conocer el desarrollo de la biología, el pensamiento, la conducta y las creencias permite una mejor intervención profesional. ¿Qué espacio le damos a la opinión del paciente? ¿Estamos preparados para acompañar la decisión que las personas toman en relación a sus cuerpos, a pesar que no estén protocolizadas?

- De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 187-90.

2. Serran C. La Salud Integral del Adolescente y su Cuidado. Manual de capacitación de Salud Integral del Adolescente. México: Centro de Capacitación para el adolescente, 1994.

*Sandra P. R. Magirena*

Equipo de Vulnerabilidad Infanto Juvenil,  
Hospital Teodoro Álvarez, Buenos Aires, Argentina

e-mail: sandra.magirena@gmail.com

### Prevención cuaternaria y el aporte de la lectura crítica de la bibliografía en medicina

He leído con interés el editorial del Dr. Eduardo De Vito<sup>1</sup> referido a la falta de inclusión, en el *Medical subject headings* (MESH), del término prevención cuaternaria. La búsqueda de información en medicina constituye un elemento fundamental para los que consideramos que los pacientes, centro de la prevención cuaternaria, deben recibir la mejor información para poder tomar las mejores decisiones referidas a su salud. Señala el autor que la definición positiva y comprehensiva (bio-psico-social) de Salud de la OMS es una utopía. Comparto su visión, y agrava el problema el hecho que la bibliografía publicada en medicina tiene algún tipo de sesgo en casi la mitad de lo publicado en revistas de alto impacto<sup>2</sup>, por razones que van desde defectos en el diseño hasta intereses espurios<sup>3</sup>. La lectura crítica contribuye a evitar los daños potenciales de ciertos estudios y tratamientos. Si realizamos la búsqueda del término prevención cuaternaria en la fecha en la que se escribe esta carta, probablemente el número total de artículos que resulta sea distinto al que obtuvo el autor del editorial. **¿Es un error en la búsqueda? La respuesta es no; el crecimiento de la información es diario y los médicos deberíamos transmitir a nuestros pacientes información de alta calidad obtenida a través de la lectura crítica de las publicaciones.**

Señala De Vito que la provisión de intervenciones preventivas de atención primaria estuvo asociada a resaltar sus beneficios. Justamente, la falta de evidencia científica sobre esos beneficios esperados, y la posibilidad de efectos adversos, se perciben a través de la lectura crítica de la bibliografía médica.

¿Qué ofrece la lectura crítica de la bibliografía a nuestros pacientes y a la prevención cuaternaria? Pruebas basadas en estudios adecuadamente diseñados, consistentes, precisos (mínimos y máximos efectos dentro de un error por azar aceptable), y alejados de la sospecha de existencia de información oculta (sesgo de publicación)<sup>4</sup>.

Señala el autor que un conjunto creciente de actividades sanitarias de dudosa utilidad para el individuo y la sociedad tienen un indudable beneficio para quienes las promueven y promocionan. Existen pruebas de calidad

estimada de manera sistemática a través de instrumentos como el GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*); que permiten a médicos y pacientes valorar las recomendaciones fuertes (aquellas que deberían aceptarse o no por sus indudables beneficios o perjuicios), opcionales o débiles (aquellas en donde no es claro el balance entre los perjuicios y beneficios)<sup>5</sup>. De esta manera se podrán justipreciar aquellas recomendaciones que, como manifiesta De Vito, carecen de valor científico, poseen extrapolaciones e interpretaciones sesgadas, afirmaciones inciertas y/o sobre simplificaciones.

La prevención cuaternaria privilegia aquellas intervenciones que están alineadas con las preferencias de los pacientes. El mismo objetivo sustenta a la medicina basada en las mejores pruebas, que encuentra en la lectura crítica de la bibliografía médica su principal soporte<sup>6</sup>.

Por último destaco que la lectura crítica de la bibliografía en medicina se opone a las modas dictadas por consensos sin rigor científico y es una firme y continua resistencia, frente a la intervención sanitaria innecesaria, preventiva o curativa, diagnóstica o terapéutica. La medicina basada en las mejores pruebas, siempre respetando la preferencia del paciente, es un instrumento necesario para la prevención cuaternaria.

*Hugo N. Catalano*

Servicio de Clínica Médica,  
Departamento de Medicina, Hospital Alemán  
Buenos Aires, Argentina

e-mail: hcatalano@fmed.uba.ar

1. De Vito EL. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MESH. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 187-90.
2. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based Medicine: How to practice and teach EBM. Second Ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000; Chapter 2, p61.
3. Lacasse JR, Leo J. Ghostwriting at Elite Academic Medical Centers in the United States. *PLoS Med* 2010; 7: e1000230.
4. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol* 2013; 66: 726-35.
5. Catalano HN, Mella JM. Recomendaciones de tratamientos basadas en las mejores pruebas. *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 565-70.
6. Haynes RB, Devereaux PJ, Guyatt GH. Clinical expertise in the era of evidence-based medicine and patient choice. *ACP J Club* 2002; 136: A11-4.

### Farmacovigilancia hospitalaria en Buenos Aires

Hemos leído con gran interés los artículos de Ponte y col.<sup>1</sup>, que señalan la relevancia de la farmacovigilancia hospitalaria en la práctica médica habitual, y de Chaijo y

col.<sup>2</sup>, que presenta una serie de casi 2 años de efectos adversos y errores en clínica médica en un hospital general de agudos metropolitano. Un par de comentarios contribuirán, esperamos, a poner en perspectiva ambas comunicaciones. El Hospital Argerich (donde se realizó el estudio de Ponte et al.) integra la Red de Farmacovigilancia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en la cual los aportes de cada establecimiento han sido variables en los distintos años. Esta red municipal involucra profesionales de la salud, mayoritariamente farmacéuticos, aunque en buena medida las notificaciones terminan siendo remitidas a la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) por separado por cada establecimiento participante. En la ANMAT, el Departamento de Farmacovigilancia (dependiente de la Dirección de Evaluación de Medicamentos) recibe las notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos de todos los efectores periféricos del país (hospitales, colegios de médicos y de farmacéuticos, universidades, etc.) e incluso de asociaciones de profesionales, obras sociales y pacientes o comunidad en general. Esta información es cotejada con la información proveniente de otras fuentes, como la de otras agencias regulatorias de medicamentos, o la base de datos del Centro de Monitoreo de Uppsala de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como con la información bibliográfica (por ejemplo, de estudios post-comercialización), para evaluar la imputabilidad del medicamento involucrado. Algunas notificaciones son desestimadas y todo el resto es a su vez comunicado al Centro de Monitoreo de la OMS, donde pasan a formar parte de la base internacional de efectos adversos de medicamentos, que actualmente cuenta con más de 5 millones de registros. Es decir, la información originada en nuestro país es comparada en forma permanente con la de otras fuentes por los diversos usuarios de esa base (un conjunto de autoridades regulatorias que mediante el pago de un arancel tienen acceso a la misma). En resumen, el Sistema Nacional de Farmacovigilancia analiza los riesgos y de acuerdo a este análisis realiza la gestión del mismo (que eventualmente puede incluir la modificación de prospecto, cambio de condición de venta, inclusión en Planes de Farmacovigilancia Intensiva o de Gestión de Riesgos).

Para dar una idea de la magnitud de esta actividad, durante 2012 el Sistema Nacional de Farmacovigilancia recibió un total de 7186 notificaciones. Entre ellas, 5582 correspondían a reacciones adversas de medicamentos, de las cuales 4505 procedían de las empresas fabricantes, 982 de efectores periféricos y 95 de otros notificadores. Las notificaciones de reacciones adversas procedentes de efectores periféricos incluían 380 originadas en establecimientos pertenecientes a la Red de Farmacovigilancia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, siendo el Hospital Argerich el principal aportante entre ellos, con 330 notificaciones. En el mismo período se recibieron también 678

notificaciones de desvíos de calidad y 439 sobre eventos supuestamente atribuibles a vacunación e inmunización (ESAVI), además de las notificaciones desestimadas y las correspondientes a errores de medicación (efectivamente incurridos o posibles). Se aprobaron 34 planes de gestión de riesgo y se recibieron 517 informes periódicos de seguridad correspondientes a productos en comercialización. Además, en el "minisitio" de farmacovigilancia de la ANMAT se publicaron novedades de seguridad sobre 60 drogas, 11 grupos terapéuticos y 5 vacunas.

A riesgo de ser reiterativas, es importante enfatizar que la notificación de una sospecha de reacción adversa medicamentosa puede ser realizada por un profesional de la salud (médico, farmacéutico, enfermero, etc.) y por el propio paciente. La notificación se puede realizar por teléfono, mail o descargando los formularios de notificación en la página web del Sistema Nacional de Farmacovigilancia (<http://www.anmat.gov.ar/farmacovigilancia/principal.asp>). Es imprescindible la colaboración de toda la comunidad para lograr que el sistema funcione y actualice la información de seguridad de los medicamentos para su propio beneficio.

Por su parte, el artículo de Chaio et al., del Hospital Ramos Mejía, también integrante de la red metropolitana, pone en evidencia un componente que suele quedar sub-representado en las evaluaciones de seguridad de los medicamentos: los problemas derivados de los "errores de prescripción" (tal vez sería más correcto denominarlos "errores de medicación"). El ya mencionado centro de OMS en Uppsala incluye ya un registro incipiente de tales errores, aunque su sistematización y las entidades que deberían participar en su prevención y corrección aún es un tema incompletamente resuelto. Creemos que comunicaciones como la de Chaio contribuyen a generar un debate en el cual los diversos profesionales e instituciones involucradas en la salud tendríamos que participar más activamente. Tal vez MEDICINA y/o la Sociedad Argentina de Investigación Clínica podrían ser un espacio apropiado para encausar parte del mismo.

Paula T. Brodsky<sup>1</sup>, Rosa M. Papale<sup>1</sup>;  
Inés M.I. Bignone<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Farmacovigilancia, <sup>2</sup>Dirección de Evaluación de Medicamentos, Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (A.N.M.A.T.), Buenos Aires, Argentina

e-mail: [ibignone@anmat.gov.ar](mailto:ibignone@anmat.gov.ar)

1. Ponte ML, Ragusa M, Armenteros C, Wachs A. Relevancia de la farmacovigilancia hospitalaria en la práctica médica actual. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 35-8.
2. Chaio S, Toibaro J, Valicenti P, Saidón P. Reacciones adversas medicamentosas y errores de prescripción: morbimortalidad. *Medicina (B Aires)* 2013; 73: 111-8.

## ¿Existe diferencia en la investigación básica entre medicina veterinaria y humana?

Si bien el objeto de estudio y aspectos bioéticos establecen diferencias en la práctica de disciplinas como la veterinaria y la medicina humana, el objetivo final que persiguen es el mismo: lograr el bienestar general de los individuos. Por lo tanto, ¿existe una línea real que divide la investigación científica que sustenta ambas disciplinas? Si se produce una división, ¿no debemos considerarla una mera arbitrariedad impuesta por deformación profesional?

El aumento de enfermedades emergentes, de zoonosis producidas por patógenos de origen microbiano con alta incidencia de mutaciones genéticas y cambios en el ambiente que facilitan la distribución global de los mismos, han incrementado el vínculo entre humanos, animales y ambiente. Este hecho ha llevado a concebir a las sociedades como sistemas complejos donde sus multicomponentes se relacionan ya no de una forma lineal, sino a través de una red de interacciones. Esta concepción ha revolucionado el campo de la patología, acercándonos a una visión ecológica de las enfermedades en donde el estudio de la dinámica y distribución de patógenos en la fauna interesa a la salud pública. La identificación de los factores que incrementan la exposición a patógenos, ya sea en animales como en el ser humano, resulta esencial para dilucidar la epidemiología de las enfermedades. Esto fundamenta la utilización de modelos animales útiles para conocer cómo se altera la función normal de una célula, órgano y/o sistema y producir la enfermedad. Este conocimiento se aplica a especies animales -incluyendo a los humanos- y no se limita a una especie en particular.

El pilar fundamental de la medicina comparada es utilizar el conocimiento en una especie para estudiar la enfermedad en otra<sup>1,2</sup>. En este sentido, las metodologías diagnósticas o terapéuticas desarrolladas para humanos pueden en ciertos casos aplicarse en animales, así como la capacidad de detectar nuevos brotes y el desarrollo de terapéuticas puede depender de la identificación de casos en humanos.

Los viajes, el transporte de sustancias por aire, agua y suelo y la intensificación e integración alimentaria han permitido la globalización de las enfermedades; nada es remoto o se encuentra desconectado. El ambiente en el cual habitamos nos condiciona no solo a lo que somos susceptibles y/o estamos expuestos sino también cómo pensamos. Un concepto interesante postula que "no se puede hablar de salud animal o humana sino que se debe alcanzar un estado general de salud que involucre tanto a humanos, animales como al medio ambiente"<sup>3-5</sup>. Como mencionamos más arriba, existen numerosas coincidencias en fisiología y fisiopatología entre humanos y animales; por lo tanto ¿dónde está el límite entre lo que es veterinaria y lo que es medicina? ¿Por qué, *a priori*, un modelo hu-

mano de una enfermedad determinada no puede ser de relevancia en veterinaria o viceversa? La colaboración de los veterinarios con profesionales de otras áreas mejora los conocimientos generados. Por lo expuesto, no debería existir una división entre la investigación científica que sustenta la salud animal y la humana, sino por el contrario, que los resultados obtenidos en una especie puedan ser útiles para interpretar el desarrollo normal o patológico de otras.

Enrique H. Luque

Laboratorio de Endocrinología y Tumores  
Hormonodependientes,  
Departamento de Fisiología Humana,  
Facultad de Bioquímica y Ciencias Biológicas,  
Universidad Nacional del Litoral,  
Santa Fe, Argentina

e-mail: eluque@fcb.unl.edu.ar

1. One medicine? Investigating human and animal disease. Centre for the History of Science, Technology and Medicine. Imperial College of London. En: <http://www3.imperial.ac.uk/>; consultado el 06/08/2013.
2. Kirk R, Worboys M. Medicine and species: one medicine, one history. In: Mark Jackson, ed. *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford: Oxford University Press, 2011, p 561-77.
3. Michell AR. Comparative clinical science: The medicine of the future. *Vet J* 2005; 170: 153-62.
4. Frank D. One world, one health, one medicine. *Can Vet J* 2008; 49: 1063-5.
5. Michell A. Only one medicine: the future of comparative medicine and clinical research. *Res Vet Sci* 2000; 69: 101-6.

## A propósito de un artículo sobre la mortalidad relacionada al día de la cirugía comentado en el *Caveat lector*

Si bien por la simple observación empírica se sabe que la calidad de la atención hospitalaria decae los viernes y los fines de semana, no deja de sorprender que en una casuística mayor de 4 millones de internaciones en el Reino Unido, la expectativa de mortalidad se incrementa significativamente<sup>1</sup>. Vale la pena comentar el entorno sanitario en que se ha efectuado este trabajo<sup>2</sup>. El *National Health Service* (NHS) fue organizado desde 1948 en base a hospitales públicos y privados sin fines de lucro, junto con una red de médicos generales (*General Practitioners* - GP's) y especializados, con destino a toda la población del país. La retribución se implementó mediante una modalidad de pago por capitación y el financiamiento de todo el sistema provino de los impuestos generales estatales. Todos los efectores pasaron a prestar servicios en dependencia del Estado, lo que implicó la *socialización de la Medicina* en un país netamente capitalista y de tradición colonialista.

Con el paso del tiempo y el incremento de los costos de la atención médica, las finanzas del NHS se fueron complicando, por lo que paulatinamente fueron transfiriendo el riesgo financiero desde la administración central hacia unidades territoriales cada vez más reducidas, hasta llegar a los propios efectores individuales. En años recientes además se implementaron ajustes por resultados, aplicando una modalidad conocida como *payfor performance* (P4P), por la que se vincula el nivel de retribución a la calidad de la atención. Pese a todo, el NHS tiene serios problemas de productividad, de tiempos de espera y de deficiencias propias de las dificultades de hospitales públicos, por lo que están creciendo los seguros privados de salud, que resuelven deficiencias del sistema general (mejor hotelería, menores tiempos de espera, etc.). Un artículo reciente del NEJM<sup>3</sup> se pregunta si el sistema es realmente viable.

Los factores mencionados probablemente han determinado que los autores hayan conseguido financiamiento para revisar las estadísticas de la administración central del NHS de 4 años (2008-2011) y hayan podido cruzarlas con los registros de mortalidad dentro de los 30 días posteriores a la externación, con lo que lograron un volumen de datos inusual. Este fenómeno de una mayor mortalidad cuando la cirugía se realiza en viernes *versus* primeros días de la semana también ha sido documentado en Hospitales de Veteranos en EE.UU.<sup>4</sup>. ¿Qué resultados se obtendrían de efectuarse un estudio similar en hospitales de la Argentina?

Hugo E. Arce

Fundación Barceló, Buenos Aires, Argentina

e-mail: arce@satlink.com

1. *Caveat lector. Medicina (B Aires)* 2013; 73: 335-6.
2. Aylin P, Alexandrescu R, Jen MH, Mayer EK, Bottle A. Day of week of procedure and 30 day mortality for elective surgery: retrospective analysis of hospital episode statistics. *BMJ* 2013; 346: f12424. doi: 10.1136/bmj.12424.
3. Black N. Can England's NHS survive? *N Engl J Med* 2013; 369: 1-3.
4. Zare MM, Itani KM, Schiffner TL, Henderson WG, Khuri SF. Mortality after none emergent major surgery performed on Friday versus Monday through Wednesday. *Ann Surg* 2007; 246: 866-74.

### Trombosis venosa plantar como causa de dolor local

El dolor plantar es una condición común en adultos, que causa gran malestar y discapacidad<sup>1</sup>. Puede ser causado por afección de piel y partes blandas, ósea, nerviosa, y en raros casos por enfermedades sistémicas como las espondiloartropatías seronegativas por entesitis bilateral de la fascia plantar<sup>1-5</sup>. Dentro de sus causas se encuentra

la trombosis venosa (TV) plantar que representa una rara entidad, habiéndose informado hasta la fecha menos de 100 casos en la literatura.

Se trata de un varón de 68 años con antecedentes de hipertensión que, dos días previos a la consulta, jugó dieciocho hoyos de golf, y veinticuatro horas previas un partido de tenis de 3 horas de duración. Consultó por dolor plantar de inicio nocturno que lo despertó y por lo cual se solicitó radiografía de pie derecho frente y perfil donde se evidenció espolón calcáneo posterior por lo que se inició tratamiento con antiinflamatorio no esteroideo (AINES) y reposo. Veinticuatro horas después consultó nuevamente por aumento del dolor y limitación para la deambulacion. Se evidenció dolor a la palpación de la región lateral y posterior del pie. Se solicitó Resonancia Magnética Nuclear (RMN) de pie sin contraste, pensando en microfracturas por estrés u osteoporosis regional del calcáneo, donde se observó rarefacción de partes blandas y fascia plantar. Se interpretó el cuadro como fascitis plantar, y se continuó tratamiento con AINES, reposo y hielo local. Evolucionó con aumento del dolor y tumefacción en la cara lateral del pie, por lo que se solicitó ecografía de partes blandas y Doppler, donde se observó dilatación de las venas plantares (arco plantar lateral) ocupadas con material ecogénico no compresible, compatible con trombosis venosa (TV) plantar. Se completó con RMN con gadolínico que evidenció alteración del calibre y zonas ocluidas en el territorio venoso plantar lateral. Se realizó diagnóstico de TV plantar e inició tratamiento con heparina de bajo peso molecular por 6 semanas, AINES, medias elásticas graduadas y reposo, mostrando mejoría a las 48 horas de iniciado el tratamiento.

La causa más común de dolor plantar es la fascitis plantar, seguida de otras afecciones como la tendinitis aquiliana, el síndrome del túnel tarsiano, bursitis retrocalcánea y las fracturas por estrés del calcáneo<sup>5</sup>.

La etiología de la TV plantar no está del todo clara, pero en la literatura se encuentran algunos factores asociados como la que aparece posterior a una cirugía, trombofilia (mutación del gen de la protrombina), síndrome antifosfolípido (anticuerpos anti cardiolipina), síndrome paraneoplásico, consumo de anticonceptivos orales, y traumatismos (atletas), como en nuestro caso<sup>1-3</sup>. Existe una ligera predilección por el sexo femenino. Se presenta con dolor y edema en la región plantar, en cara lateral o medial del pie, asociado a limitación para la deambulacion, el cual es causa de importante discapacidad.

El diagnóstico se confirma por ecografía Doppler, donde se evidencia la incapacidad para reducir el lumen de los vasos durante la compresión; otros hallazgos son

estructuras venosas hipoecoicas ampliadas en plano transversal y venas hipoecoicas dilatadas en dirección longitudinal. Sin embargo, este procedimiento es operador dependiente, y cuando se investiga TV profunda, las venas plantares no se exploran de rutina, por lo que en la mayoría de los casos el diagnóstico pasa desapercibido<sup>1-3</sup>.

La RMN con gadolinio representa una herramienta útil para confirmar el diagnóstico. Se encuentran signos típicos de trombosis plantar tales como edema tisular y defectos de llenado de las venas plantares<sup>2,3</sup>.

Hasta la fecha no hay un tratamiento estándar recomendado, en los pocos casos descriptos han sido utilizadas las heparinas de bajo peso molecular por 6 a 8 semanas, asociadas a AINES y, medias elásticas, con buena respuesta; o tratamiento conservador basado en reposo, antiinflamatorios no esteroideos y medidas de sostén<sup>2,3</sup>.

La TV plantar debe tenerse en cuenta como causa rara de dolor en la región plantar y requiere un alto índice de sospecha.

*Julio E. Bruetman, José A. Andrews,  
Bárbara C. Finn, Pablo Young*  
Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de  
Buenos Aires, Argentina

e-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar

1. Bernathova M, Bein E, Bendix N, Bodner G. Sonographic diagnosis of plantar vein thrombosis. Report of 3 cases. *J Ultrasound Med* 2005; 24: 101-3.
2. Siegal DS, Wu JS, Brennan DD, Challies T, Hochman MG. Plantar vein thrombosis: a rare cause of plantar foot pain. *Skeletal Radiol* 2008; 37: 267-9.
3. Geiger C, Rademacher A, Chappell D, Sadeghi-Azandaryani M, Heyn J. Plantar vein thrombosis due to busy night duty on intensive care unit. *Clin Appl Thromb Hemost* 2011; 7: 232-4.
4. Badlissi F, Dunn JE, Link CL, Keysor JJ, McKinlay JB, Felson DT. Foot musculoskeletal disorders, pain, and foot-related functional limitation in older persons. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53: 1029-33.
5. Buchbinder R. Plantar Fasciitis. *N Engl J Med* 2004; 350: 2159-66.

----

*El Médico es el profesional al que llamamos para que confirme el diagnóstico que previamente nos hemos hecho.*

*Si coincide con nosotros, nos preguntamos porque lo hemos llamado; si no coincide, dudamos de su valor.*

*Si nos receta, pensamos que es mejor que el organismo se defienda solo.*

*Si no nos receta, pensamos como es que se nos va a pasar la enfermedad.*

*Cuando nos curamos, nos enorgullecemos de nuestra naturaleza.*

*Cuando nos empeoramos, maldecimos la torpeza del médico.*

*Si el médico es joven, decimos que no puede tener experiencia.*

*Si es viejo, que no debe estar actualizado.*

Florencio Escardó (1904-1992)

En: <http://www.proyecto-salud.com.ar/shop/detallenot.asp?notid=4590> (14/6/2009)