

La vida es riesgo

Alberto Lifshitz
Ilustrado por Alberto Barrón Vargas



Editorial Alfíl

LA VIDA ES RIESGO

LA VIDA ES RIESGO

Alberto Lifshitz

Especialista en Medicina Interna.
Director General de Coordinación y Desarrollo
de los Institutos Nacionales de Salud.
Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina
y de la Academia Mexicana de Cirugía.
Profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM.
Coordinador de Educación Médica del IMSS de 1991 a 1999.
Ha escrito 16 libros, colaborado en 57 y publicado
más de 300 artículos y trabajos de divulgación.

Ilustraciones:
Alberto Barrón Vargas



**Editorial
Alfil**

La vida es riesgo

Todos los derechos reservados por:
© 2006 por Editorial Alfil, S. A. de C. V.
Insurgentes Centro 51–204, Col. San Rafael
06470 México, D. F.
Tels. 55 66 96 76 / 57 05 48 45 / 55 46 93 57
e-mail: alfil@editalfil.com

ISBN 968–7620–28–5

Dirección editorial:
José Paiz Tejada

Editor:
Dr. Jorge Aldrete Velasco

Revisión editorial:
Irene Paiz

Diseño de portada:
Arturo Delgado–Carlos Castell

Ilustración:
Dr. Alberto Barrón Vargas

Impreso por:
Publidisa Mexicana, S. A. de C. V.
Calz. Chabacano 69, Col. Asturias.
06850 México, D. F.
Junio de 2006

Contenido

Introducción	IX
1. A todo mal, mezcal	1
2. Las dos crudas	5
3. Doping y antidoping	9
4. ¿“Éxtasis” para el cáncer terminal?	13
5. Remedios milagrosos	17
6. Automedicación y autoprescripción	21
7. La publicidad de los medicamentos directamente al público	27
8. La prescripción inadecuada de los ancianos	31
9. Los medicamentos antidepresivos y el suicidio	35
10. Reporte de los efectos adversos de los medicamentos	39
11. Los antiinflamatorios cuestionados	43
12. Para alimentar el debate sobre el uso de estrógenos en la menopausia	47
13. Resistencia a los antibióticos	51
14. Vacuna contra el cáncer	55
15. Dolor de cabeza por abuso de analgésicos	59
16. Controversia: los teléfonos celulares y la salud	63
17. Más sobre los celulares y la salud	67
18. La influenza que viene	69

19. Los peligros de volar (riesgo para la salud en los viajes aéreos) ..	73
20. Morir en el acto	77
21. ¿Cáncer o infarto? ¿De qué quiere usted morir?	81
22. El frío y las enfermedades	85
23. <i>Escherichia coli</i>	89
24. La cafeína y la hipertensión arterial	93
25. Los virus dentro de nosotros	97
26. Placebo	101
27. Las vivencias de la enfermedad	105
28. Las enfermedades crónicas	109
29. Pica o los antojos insólitos	113
30. Anorexia	117
31. Astenia	121
32. Con el sudor de tus manos	125
33. Significado médico del acto de roncar	129
34. Fiebre: ¿amiga o enemiga?	133
35. Flatología: vergüenzas y tribulaciones con los gases intestinales .	137
36. El mal aliento	141
37. Herpes	145
38. El intestino irritable	149
39. Celulitis	153
40. Pánico	157
41. Parálisis facial	161
42. Presión arterial baja	165
43. ¿Qué es un síndrome?	169
44. La mujer barbada. Normalidad y anormalidad del vello corporal	173
45. La osteoporosis no duele	177
46. Migraña: ¿una enfermedad benigna?	181
47. Hipertensión de bata blanca	185
48. Las ventajas adicionales del tratamiento de la hipertensión	189
49. Las ventajas de estar gordo	193
50. La epidemia de obesidad y diabetes a la luz de la hipótesis del genotipo ahorrativo	197
51. Medicamentos contra la obesidad	201
52. Hacia una medicina personalizada	205

53. Perder la matriz	209
54. ¿Prevención de la diabetes?	213
55. El azúcar y la prevención de la diabetes	215
56. Adrenalina	219
57. Madres (y padres) canguro	223
58. <i>Check-up</i>	227
59. ¿Cuál de todas las dietas?	229
60. Culpar a las víctimas	233
61. Medicina defensiva	237
62. ¿Todavía tienen utilidad terapéutica las sanguijuelas?	241
63. Sobre el retiro del rofecoxib (Vioxx®) del mercado	243
64. ¿Quién merece ser trasplantado? A propósito del trasplante de hígado	247
65. ¿Quién sufre de preeclampsia?	251
66. ¿Padecimiento o enfermedad?	253
67. Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004)	255
 Epílogo	259

Introducción

“Vivir en el desorden, el caos, las contradicciones, los celos, las traiciones, las luchas, los socavos, es, no obstante, vivir. Hacerlo entre enfermedades, desilusiones, agresiones, es, no obstante, vivir. Transcurrir entre peligros, amenazas, inseguridades, violencias, miedos, intimidaciones, es, no obstante, vivir. Salud y enfermedad conforman un continuo de la reserva a la discapacidad.

Vivir es ciertamente arriesgado. Todos los días sufrimos la exposición a innumerables situaciones que atentan contra nosotros, no sólo en las grandes ciudades sino incluso en los más apacibles parajes. Los microbios —dentro y fuera de nosotros—, los alimentos, las diversiones, el transporte, las diversas formas de contaminación del ambiente, tanto el general como el laboral, el clima, los comportamientos de los demás y el nuestro: todos se constituyen también en potenciales agresores, al tiempo que conforman nuestro entorno vital. Hay suficientes argumentos para alimentar cualquier tendencia paranoide u obsesiva. En cambio, la visión optimista soslaya los riesgos y hace que se disfrute la vida. El término medio los considera, los pondera, los evita o los enfrenta.

Esta serie de escritos aborda varias de estas amenazas, aunque no lo hace de manera sistemática y exhaustiva. La responsabilidad por la salud corresponde a muchas personas e instituciones, pero empieza en los propios individuos; en la medida en que éstos estén mejor informados, podrán enfrentar los riesgos con mayor éxito. Por otro lado, el interés del público en los temas de salud ya no sólo

se restringe a lo que pueda afectar la propia, sino que se ha constituido en un motivo de desarrollo cultural y hasta en un interés lúdico. Los temas de salud tienen sus lectores, como lo prueba el éxito de muchas publicaciones periódicas dirigidas a la población general, que la reorientan en función de este interés público.

En este texto se ha procurado eludir la enojosa jerga técnica que vuelve tan antipáticos a los médicos. El propósito no es tanto favorecer la salud de los lectores (sería una aspiración desmedida a partir de estos modestos escritos), sino estimular el interés profano por estos temas. Al fin y al cabo, la medicina es parte sustancial de la cultura en la medida en que la enfermedad deja sus improntas en las vidas de todos y en que se vincula con el desenlace último de cada persona.

Asumir la salud no sólo implica adoptar conductas para preservarla, sino intentar entenderla mejor. Los límites entre salud y enfermedad son imprecisos, acaso convencionales. La mejor manera de visualizar el proceso salud-enfermedad es mediante un continuo que tiene en un extremo al bienestar (si se quiere, a la felicidad) en su máxima expresión, y en el otro a la discapacidad y la muerte. La transición entre uno y otro extremos se realiza en forma paulatina, de tal manera que cada persona se ubica en un punto de este espectro, a partir del cual siempre hay forma de mejorar o de empeorar. En otras palabras, un individuo sano siempre puede estar más sano, y un enfermo puede enfermar aún más. Esto da sentido a las intervenciones sanitarias que aspiran a mover a las personas hacia el extremo que más se aleja de la discapacidad y de la muerte, y a incrementar la reserva actuarial en salud mediante mejor nutrición, acondicionamiento físico y preparación psicológica y cultural.

Pero las aspiraciones a favor de la salud también son aprovechadas para comercializar servicios y productos, muchas veces con el auténtico propósito de propiciar mejores niveles sanitarios, y otras tan sólo para desarrollar un negocio sustentado en la venta de ilusiones sin sustento. El mercado de la salud es un mercado imperfecto; los bienes y servicios no siempre se demandan en función de su valor sanitario, sino con frecuencia con base en lo convincente que sea la publicidad, muchas veces tan sólo por su vistosidad o su milagrosa promesa. En la medida en que el público avance en su cultura médica, podrá ir perfeccionándose este mercado, a modo de sustentarse en los valores sanitarios y no sólo en los mercantiles. No cabe duda de que los profanos se dejan engañar, y cualquier advertencia por parte del gremio médico o de la autoridad sanitaria tiende a interpretarse como una reacción ante la competencia, como celos profesionales o como contra-propaganda.

Este libro ofrece a los lectores no especializados algunos motivos de reflexión en torno a temas de salud que, en el peor de los casos, tan sólo aumentarán su interés por los maravillosos fenómenos que ejemplifican.

A todo mal, mezcal

El uso medicinal de las bebidas alcohólicas puebla el catálogo de remedios populares para curar enfermedades, para evitarlas y hasta para mejorar el funcionamiento del organismo. Por siglos se ha venido utilizando el alcohol como tónico, reconstituyente y medicamento. Bastantes pretextos existen ya para consumir alcohol como para tener que apelar a razones sanitarias, pues cada acontecimiento alegre, reunión de amigos, conmemoración o festejo se acompaña invariablemente de alcohol; es más, muchas personas no los conciben sin alcohol. Pero el alcohol se utiliza también para estimular el apetito (aperitivo), favorecer la digestión (digestivo, bajativo) y acompañar los alimentos, en especial el vino y la cerveza. En el anecdotario, las gripes se curan con tequila o mezcal, ya sea solos o en diversas fórmulas, con un té o un café con piquete, una “polla” a base de *vermouth* y otras recetas etílicas. Los desmayados despiertan con un chorrito de alcohol en la boca o haciéndoles oler alcohol puro. Dolores diversos se atienden mediante friegas con alcohol. Se suele recomendar el coñac para aumentar la presión y el whisky para bajarla (o viceversa). Las crudas se tienden a curar con alcohol. El etanol se usa para inducir la amnesia y eludir los problemas, para facilitar el sueño, para despertar y para volver a dormir. Muchas personas se tranquilizan bebiendo alcohol y soportan mejor el estrés de la vida diaria. Las heridas se limpian con alcohol y hay hasta quien con él cauteriza las úlceras. A todo mal, mezcal y a todo bien... también. Muchas de estas recomendaciones son centenarias y se han venido transmitiendo por generaciones, aunque ello no necesariamente las valida. Se aducen ejemplos de enfermos que se curaron con alguno de estos remedios como argumento de su efectividad. Pero la ciencia se mueve de otro modo,



a partir del escepticismo y del acopio de pruebas que rebasen lo anecdótico. No se trata de desalentar el gusto por el alcohol, pues finalmente cada quien tiene el derecho de consumirlo o no, sino de ponderar racionalmente los argumentos que sustentan su empleo medicinal.

La mayor parte de los desmayos (síncopes) son autolimitados; el individuo recupera la conciencia espontáneamente, casi siempre en el momento en que adquiere la posición horizontal, pues el desmayo suele tener que ver con la disminución del aporte de sangre al cerebro, el cual mejora por acción de la fuerza de gravedad. El hecho de que las personas despierten al exponerlas al alcohol no es más que una coincidencia, pues igual despertarían sin olerlo. Por su parte, el efecto aperitivo, además de ser cuestionado bajo el punto de vista científico, en esta época de dietas y de obesidad epidémica ya no resulta tan conveniente, pues más que estimular el apetito parece preferible disminuirlo. Al ser el alcohol un irritante primario de las mucosas, resulta difícil aceptar que verdaderamente aumente el apetito, y acaso el alimento puede ayudar a neutralizar la irritación producida por el supuesto aperitivo. En cuanto a su propiedad como digestivo o bajativo, se ha dicho que algunos licores dulces, como el anís, reducen la producción de gas, pero esto no se ha probado del todo, y en todo caso es un efecto modesto o mínimo.

Las crudas que mejoran con la ingestión de alcohol son sólo las que ocurren en los individuos adictos, que al dejar de beber después de varios días de hacerlo desarrollan un síndrome de supresión con temblor, inquietud, nerviosismo y a veces alucinaciones o convulsiones, síntomas todos que mejoran al volver a beber. Pero en las crudas ordinarias el alcohol incluso aumenta los síntomas, porque muchos de ellos se deben a gastritis (ardor en la boca del estómago, náuseas, agruras) o deshidratación (dolor de cabeza, lengua seca).

Tampoco hay ningún indicio de que el alcohol contribuya a la curación de la gripe; ésta es también una enfermedad autolimitada, y muchas veces su mejoría natural coincide con uno de los remedios etílicos populares. Por eso hay tantos remedios para la gripe, porque todos han coincidido con la mejoría espontánea. Ciertamente, el alcohol puede tranquilizar y a veces favorece el sueño, pues tiene cierto efecto anestésico, que tiene su máxima expresión en lo que se conoce popularmente como “dormir la mona”; sin embargo, utilizar el alcohol para obtener alguna de estas ventajas es un paso hacia la adicción. Algunas veces más bien interfiere con el sueño, dependiendo de la dosis y de la susceptibilidad individual. Los efectos sobre la presión arterial son realmente mínimos y no justifican su uso. Todos estos supuestos han sido, desde luego, convenientemente divulgados por las industrias alcoholeras. Los argumentos epidemiológicos apoyan tan sólo lo que se ha derivado de la llamada “paradoja francesa”, en la que se ha mostrado que pequeñas cantidades cotidianas de alcohol protegen contra la enfermedad coronaria y la diabetes. En resumen, las personas a quienes les guste beber no necesitan aducir razones de salud, pues la mayoría de éstas carecen de sustento.

Las dos crudas

La “cruda”, también conocida como “resaca” (*hangover* en inglés), es un conjunto de síntomas que aparecen al día siguiente de haber bebido alcohol; los más comunes son sed intensa, boca seca, dolor de cabeza, visión borrosa, dolor muscular, náuseas y molestia en la boca del estómago; a veces hay diarrea y falta de apetito. Estos síntomas se deben, por una parte, a que el alcohol (etanol) irrita la mucosa del aparato digestivo, a veces hasta producir pequeñas úlceras superficiales sangrantes en el estómago (gastritis hemorrágica por alcohol), y por otra a que provoca deshidratación al interferir con la acción de la hormona antidiurética que ayuda a conservar los líquidos del cuerpo. En otras palabras, la cruda que experimentan las personas que ocasionalmente beben suele ser una combinación de síntomas por gastritis y por deshidratación, además de los efectos farmacológicos del acetaldehído, un derivado tóxico del etanol. No existe un término médico universalmente aceptado para este trastorno, pero se ha propuesto el de *veisalgia*, que procede del noruego *kveis*, que significa “malestar después del libertinaje”, y del griego *algia*, que significa dolor.

Pero hay otra forma de cruda que ocurre en los individuos que ya son dependientes del alcohol, los que, después de varios días o semanas bebiendo, un buen día tratan de detenerse, de “cortarla”, como se dice popularmente. Esta forma de cruda de los alcohólicos se llama “síndrome de supresión alcohólica” o “síndrome de abstinencia al alcohol”; también ocurre después de beber en exceso, pero tiene otros síntomas. El más característico es el temblor, y muchos alcohólicos saben que la única manera de detener ese temblor (que a veces los incapacita o por lo menos los delata) es volver a tomar alcohol. De alguna manera, el consumo exce-

sivo de alcohol por un tiempo largo provoca un bloqueo de la transmisión sináptica (la comunicación humoral entre dos células nerviosas o neuronas), de tal modo que se acumulan los neurotransmisores. En el momento en que se suspende la ingestión de alcohol, estos neurotransmisores acumulados se liberan en forma masiva con un exceso de efecto que incluso puede llegar a ser peligroso para la vida. Entre otras cosas, puede producir ansiedad, alucinaciones, dilatación de las pupilas, temblor incontrolable, convulsiones, aceleración del corazón, elevación de la presión arterial y aumento en la frecuencia respiratoria. Suele aparecer entre 8 y 12 h después de la última ingesta de alcohol y, característicamente, mejora al volverlo a tomar, lo que, por supuesto, no es más que una forma de posponerlo hasta que se vuelva a intentar cortar la borrachera. El síndrome de supresión alcohólica —y también la cruda del no alcohólico— es bastante desagradable como para buscar desesperadamente los remedios (“¡Dios mío! Si con la borrachera de ayer te ofendí, con la cruda de hoy me sales debiendo”), y puede ser una verdadera emergencia médica.

Está claro que la veisalgia y el síndrome de supresión alcohólica son dos entidades diferentes, aunque se ha dicho que es posible que la primera sea una etapa temprana de la segunda. Las medidas para tratar una y otra también son diferentes. Cuando no se hace la distinción, se llegan a usar los remedios que son eficaces en una para el tratamiento de la otra, lo cual puede incluso ser dañino, y a partir de esta confusión se han generado muchos mitos. Uno de los más comunes es que la cruda se cura tomando alcohol. Es verdad que varios de los síntomas originados por la supresión, particularmente el temblor, desaparecen cuando se vuelve a ingerir alcohol. De hecho, una de las razones por las que los alcohólicos no pueden fácilmente dejar de beber es que necesitan quitarse ese temblor y ese malestar. Pero extrapolar esto a las crudas de los no alcohólicos es un error evidente, considerando que sus síntomas son fundamentalmente por gastritis y deshidratación, las cuales empeorarán con la nueva ingestión de alcohol. Muchos de los remedios para las crudas contienen alcohol, con el que mejoran los síntomas de la cruda por abstinencia, pero no los de la veisalgia.

Tampoco tiene mucho sentido intentar curar las crudas con alimentos excesivamente picantes y calientes, como los famosos caldos, las enchiladas y otros remedios populares, pues éstos no harán más que aumentar la irritación del aparato digestivo.

La cruda del no alcohólico mejora con la ingestión de abundantes líquidos, antiácidos y protectores de la mucosa gástrica, algún analgésico y una alimentación sencilla, no agresiva ni irritante. La fama del Alka Seltzer® tiene que ver con que contiene tanto un antiácido como un analgésico. El tratamiento del síndrome de supresión, por su parte, requiere la participación del médico, puesto que puede implicar el uso de ansiolíticos, anticonvulsivos, soluciones endovenosas y otras medidas que pueden ser delicadas.



Además de erradicar los mitos, la investigación médica está tratando de identificar medicamentos que puedan reducir los efectos de la cruda. El asunto no es trivial en tanto que origina ausentismo laboral importante (el famoso San Lunes) y pérdidas económicas considerables. En la cruda inducida experimentalmente se ha visto que los síntomas aumentan si el alcohol se ingirió sin alimentos, cuando la persona ha tenido trastornos del sueño, si la ingestión de alcohol se acompañó de exceso de actividad física o se trata de individuos con salud deficiente. Se han investigado varios fármacos para reducir los síntomas generales (propranolol, Liv.52, ácido tolfenámico, carbohidratos simples, vitamina B₆, clormetiazol) con resultados más bien modestos.

Antes de intentar un remedio, se sugiere identificar la cruda y ver si se trata de veisalgia, supresión alcohólica o cruda moral.

Doping y antidoping

Las competencias deportivas se rigen por códigos definidos en las reglas de cada deporte, pero también por una filosofía de honestidad, ética y juego limpio. El espíritu deportivo implica respeto por el adversario y renunciar a cualquier ventaja indebida como la que se obtendría mediante el uso de fármacos.

El número de sustancias que teóricamente pueden modificar el rendimiento de los deportistas es muy grande. Casi todas ellas tienen usos terapéuticos, pero, aunque se usen por indicación médica, se violan las reglas deportivas si se usan durante las competencias, a menos que se tramite un permiso especial, difícil de obtener.

La palabra *dope* en inglés significa narcótico o droga ilícita. *To dope* es drogar; utilizar o administrar narcóticos y, por extensión, *doping* es utilizar una droga o un producto para mejorar el desempeño deportivo. En español, “dopar” —evidentemente, un anglicismo aceptado por la Academia de la Lengua— significa lo mismo: “administrar fármacos o sustancias estimulantes para potenciar artificialmente el rendimiento del organismo con fines competitivos”. En la reglamentación deportiva, *doping* se define como una o más violaciones a las reglas *antidoping*, que incluyen la detección de sustancias prohibidas o sus metabolitos (derivados) en algún espécimen del cuerpo del atleta, pero también la posesión de sustancias prohibidas, negarse a someterse a pruebas, manipular la muestra (por ejemplo, sustituir la orina del atleta por la de otra persona), traficar con sustancias prohibidas o administrárselas a algún atleta. *Antidoping* no es, entonces, sólo la búsqueda de sustancias prohibidas o sus derivados en sangre o en orina, sino toda una estrategia para evitar las trampas y preservar el espíritu deportivo.



Pero el asunto no sólo tiene que ver con deshonestidad o juego sucio, sino también con la salud de los competidores, quienes por intentar un sobredesempeño deportivo o por lograr una apariencia atlética pueden poner en peligro su vida.

Se han empleado muchas sustancias en el dopaje. La lista está en actualización constante y no sólo incluye drogas ilícitas o medicamentos controlados. Las más usadas son:

Estimulantes, como las anfetaminas, cocaína, efedrina, éxtasis o salbutamol (beta agonistas): producen una sensación de euforia, de que uno es capaz de realizar hazañas sobrehumanas, y propician un esfuerzo excesivo que puede rebasar las verdaderas capacidades. Reducen la sensación de cansancio de tal manera que se puede mantener el esfuerzo por más tiempo. Sin embargo, aumentan la presión arterial, la frecuencia cardiaca, provocan ansiedad, adicción, palpitaciones, dolor torácico y dolor de cabeza. En personas predisuestas, hasta pueden favorecer un infarto miocárdico.

Narcóticos, como la morfina, heroína o metadona: aumentan el umbral al dolor, de manera que se puede prolongar el ejercicio porque el dolor no lo impide, pero se pueden generar lesiones sin que el deportista se percate de ello. Además, son altamente adictivos, pueden afectar la concentración y el equilibrio y propiciar desmayos.

Anabólicos: aumentan la masa muscular, la agresividad y la competitividad.

Tienen efectos masculinizantes (aunque también propician el crecimiento mamario en los varones) y se les ha asociado con daño renal y hepático.

Diuréticos: se han utilizado para una reducción rápida de peso; por ejemplo, cuando se vislumbra una ceremonia de pesaje. Provocan deshidratación, calambres y pérdida de potasio.

Hormonas peptídicas y glicoproteicas, como la hormona de crecimiento y la eritropoyetina: aumentan el transporte de oxígeno, pero pueden generar una enfermedad llamada acromegalia (la hormona de crecimiento) y aumentar los glóbulos rojos al grado de favorecer trombos (la eritropoyetina).

También se han usado las transfusiones sanguíneas con el afán de mejorar la eficiencia en el transporte de oxígeno a los tejidos, con los riesgos ya conocidos de transmisión de enfermedades y reacciones transfusionales.

Varios medicamentos de uso cotidiano generan resultados positivos en las pruebas *antidoping*, particularmente los antigripales y los broncodilatadores que se usan en el asma.

En conclusión, las estrategias *antidoping* pueden verse como una forma de preservar la honestidad en el deporte, pero son sobre todo una protección de la salud de los atletas. Al fin y al cabo, ni siquiera hay pruebas científicas de que efectivamente el dopaje aumente el rendimiento deportivo.

¿“Éxtasis” para el cáncer terminal?

El paciente con cáncer terminal es aquél que, hágase lo que se haga, morirá en poco tiempo, en no más de unas cuantas semanas. Ni siquiera los tratamientos experimentales están indicados, pues aun ellos pueden agregar molestias a las que ya tienen los enfermos, y sin esperanzas reales de poder contender contra el tumor. En otras palabras, los enfermos con cáncer terminal son los pacientes desahuciados, los que están fuera de toda posibilidad de curación y en los que sólo se justifican los tratamientos paliativos, que acaso pretendan ayudarlos a bien morir y a que sus últimos días transcurran de la mejor manera posible, con la menor cantidad de sufrimiento y, si se puede, preparados para la muerte. No más quimioterapia ni radioterapia. No se les escatiman, en cambio, los analgésicos para mitigar el dolor, aun los narcóticos; preocuparse a estas alturas por una posible adicción, o hasta por la toxicidad de los medicamentos (mientras ésta no aumente las molestias e incomodidades), resulta no sólo superfluo, sino ridículo.

Se justifican también los sedantes, los antibióticos si en algo mejoran el bienestar, los productos para la náusea, el oxígeno si le da al paciente la sensación de que respira mejor; en fin, todo lo que mejore el confort y la comodidad del paciente aunque no le alargue la vida, y aunque se la acorte un poco, sin que esto signifique eutanasia. Una práctica común, no totalmente aceptada en los medios académicos, ha sido el administrar a estos pacientes dosis altas de cortisona o sus derivados, porque producen una cierta euforia, una sensación de mejoría y aumento del apetito, aunque tienden a incrementar la presión arterial, disminuyen la resistencia a las infecciones y favorecen la producción de úlceras del estómago o el duodeno.



Recientemente, la Administración de Drogas y Alimentos (FDA), la agencia reguladora de medicamentos de EUA, autorizó un proyecto de investigación piloto utilizando la tristemente famosa droga “éxtasis” en los pacientes con cáncer terminal. El éxtasis es, técnicamente, metilendioximetanfetamina (MDMA), y es una de las drogas “recreativas” favoritas en EUA, porque induce sentimientos de euforia, de energía aumentada y de despertar sexual, aunque puede suprimir el apetito, la sed y la necesidad de sueño, y en dosis altas puede aumentar la temperatura del cuerpo, conducir a insuficiencia cardíaca o renal y a la muerte. La percepción de bienestar y de fuerza ilimitada induce a quienes la consumen a realizar actividades excesivas que a veces rebasan las verdaderas posibilidades de su propio cuerpo, y esto es parte de los peligros de la droga. La FDA se había negado a autorizar que se hicieran estudios sobre el uso del éxtasis por razones médicas, con la excepción de un trabajo que se está realizando en Carolina del Sur desde 2001 en pacientes que sufren estrés postraumático. En esta ocasión, la autorización para someter la droga a prueba en pacientes terminales no se otorgó a una universidad cualquiera ni a un investigador ordinario, sino a la famosa Universi-

dad de Harvard y al Dr. John Halpern, investigador reconocido en la psiquiatría. Se piensa incluir en el estudio inicialmente a 12 pacientes que llenen los criterios de cáncer terminal, y se espera que aquél contribuya a que los pacientes vivan sus últimos días sin el sufrimiento propio de estos casos si es que la droga, en efecto, propicia que se reduzcan la ansiedad, el dolor, la debilidad y otros síntomas, y hasta que contribuya a alejar la posibilidad de suicidio. Tiene la ventaja de que no produce efecto sedante ni adormecimiento o embotamiento. Se espera tener los resultados de este estudio preliminar en cuatro meses.

Conforme se consoliden los muy importantes avances de los últimos años en el tratamiento del cáncer, el número de pacientes desahuciados disminuirá con toda seguridad. Mientras tanto, el bienestar artificialmente inducido podría modular la agonía y permitir enfrentar con menos angustia el trance final. Si los resultados de este estudio resultan favorables, la droga apenas empezará a pagar a la sociedad un poco de lo mucho que le debe.

Remedios milagrosos

Distinguir si un remedio es o no eficaz no suele ser sencillo, pues la mejoría que ocurre después de recibirlo puede ser una coincidencia o el producto de dos prodigios adicionales que podrían explicar el alivio: la tendencia de ciertas enfermedades a curarse solas (lo que se ha llamado “fuerza curativa de la naturaleza”, o *vis medicatrix naturae*) y el efecto placebo. Este último es un misterioso fenómeno al que se debe en buena medida que la medicina haya sobrevivido al menos 2 500 años, aunque apenas cuente con recursos verdaderamente eficaces desde hace 150. El efecto placebo explica que las personas se sientan mejor con píldoras inertes o inyecciones de agua destilada, que la sola visita al médico tenga efecto curativo y, lo más notable, que la hipertensión y otras enfermedades mensurables mejoren con medicamentos inactivos cuando los pacientes ignoran que lo son.

Cuando se habla de prevención es aún más difícil probar la eficacia de un remedio, porque sus efectos tienden a manifestarse muchos años después; es muy complicado probar, por ejemplo, que las vitaminas antioxidantes reducen la mortalidad, porque tendría que vigilarse a grandes grupos de personas, unas con el medicamento y otras sin él, durante muchos años, hasta que una proporción considerable de ellas murieran. También es muy difícil comprobar la eficacia cuando los efectos son tan subjetivos como la sensación de bienestar o de energía, o como la percepción de una cierta modificación estética ocurrida en el cuerpo.

Pero la gente tiende fácilmente a aceptar los remedios que se rodean de argumentos promocionales que los hacen parecer milagrosos, y pocas veces exige pruebas científicas de su eficacia o inocuidad. Estos remedios milagrosos suelen tener una considerable aceptación social y un volumen alto de ventas como con-



secuencia de las campañas publicitarias que los promueven, independientemente de su valor curativo o preventivo. Aunque éstas siempre han existido, hoy la publicidad se ha refinado y ha aprovechado los medios masivos modernos, aunque no siempre en los horarios preferentes; basta encender la televisión en las madrugadas para enterarse de estos “milagros”.

Sin embargo, la mayor parte de estos “remedios”, si no es que todos, carecen de sustento científico, y algunos pueden incluso ser dañinos. Pero, ¿cómo reconocer a los que carecen de valor? He aquí algunas sugerencias que podrían ayudar a los lectores. Hay que desconfiar de todos los productos que se promuevan con alguna de las siguientes características:

1. Sirven para todo, o por lo menos para muchas cosas muy diferentes.
2. Se anuncian en oferta o con descuentos, premios o extras, sobre todo si se compran pronto.
3. Se dice que carecen totalmente de efectos tóxicos y sólo ofrecen beneficios sin riesgos.

4. Son de origen natural y no contienen químicos o aditivos, colorantes o conservadores.
5. Entre los efectos que producen, algunos son biológicamente imposibles, como bajar muchos kilos de peso en unos cuantos días u horas.
6. Lo recomienda un cierto personaje o una autoridad determinada.
7. Lo recomienda alguna asociación, existente o no.
8. Se dice que no es un medicamento.

Muchos de estos remedios han eludido el exigente registro sanitario que se pide para los medicamentos, y se han registrado como alimentos o suplementos para no tener que ofrecer pruebas científicas de su eficacia. Pero para desenmascararlos bastaría con someterlos a las pruebas que se tienen que hacer con los medicamentos, basadas en la eficacia y la seguridad.

Automedicación y autoprescripción

La automedicación ha sido ampliamente satanizada por la sociedad, pero sobre todo por los médicos, al considerarla una práctica inconveniente a la que se atribuyen consecuencias dañinas, como propiciar el retraso en la atención médica, aumentar la frecuencia de los efectos adversos de los medicamentos, enmascarar los síntomas y otras. Constantemente se oye que deberían estrecharse los controles para impedirla, y se sugiere al público que la evite. Paradójicamente, la Organización Mundial de la Salud reconoce que el autocuidado de la salud (*self care*) es el recurso más importante de la atención médica, y en él incluye precisamente a la automedicación, además de los cuidados no medicamentosos, los estilos de vida saludables, el apoyo social en la enfermedad y los primeros auxilios en la vida diaria. Esta aparente contradicción se origina con seguridad de una confusión de términos, al utilizar el de automedicación para referirse a la autoprescripción.

Para propósitos de su comercialización, la autoridad sanitaria clasifica a los medicamentos en seis grupos, según consta en el artículo 226 de la Ley General de Salud, que en resumen son:

- I. Los que sólo pueden adquirirse con receta y permiso especial.
- II. Aquéllos cuya receta es retenida por la farmacia.
- III. Aquéllos cuya receta se puede surtir hasta en tres ocasiones, las cuales se controlan mediante un sello.
- IV. Los que requieren receta, pero ésta se puede resurtir todas las veces que el médico considere necesario.
- V. Los que no requieren receta, pero se venden sólo en farmacias.



VI. Los que no requieren receta y se pueden expender en establecimientos que no sean farmacias. Hay una iniciativa para fusionar en un grupo estos dos últimos.

La automedicación se refiere al empleo de medicamentos de los grupos V y VI sin necesidad de una prescripción o una recomendación del médico, en tanto que la autoprescripción se refiere al uso de medicamentos de los otros grupos (los más comunes son los del grupo IV) en las mismas condiciones. Los grupos I, II y III suelen ser objeto de regulaciones estrictas que son más difíciles de violar, pero en cuanto a los del grupo IV, a pesar de que la Ley señala que “su venta requiere receta médica”, se ha demostrado que en la práctica este precepto es letra muerta, no sólo en México sino en muchos otros países, por las dificultades operativas para hacer cumplir la Ley.

En otras palabras, automedicación es el uso de medicamentos autorizados precisamente para emplearse sin prescripción, y autoprescripción implica no sólo violar la Ley, sino exponerse a un claro riesgo por la naturaleza de los productos que se emplean. Los medicamentos de los grupos V y VI se conocen en México como de “venta libre” o de “libre acceso”, y en otros como “productos OTC” (si-

Cuadro 6-1. Características de los medicamentos de venta libre

De la indicación:

- Para padecimientos comunes
- Principalmente autolimitados
- Para alivio sintomático
- Autodiagnóstico sencillo
- Automedicación fácil
- Autoevaluación de la respuesta terapéutica clara y sencilla

Del medicamento:

- Seguro
 - Toxicidad baja
 - Reacciones adversas leves y poco frecuentes
 - Interacción con otros medicamentos nula o mínima
 - No causar dependencia, abuso o uso ilícito
 - Haber estado en el mercado por un mínimo de cinco años
 - Reportes favorables de farmacovigilancia
- Altamente eficaz (relación beneficio/riesgo muy favorable)
- Vía de administración oral o tópica
- Excluidos inyectables y antibióticos sistémicos

Información para el usuario:

- Fácil de entender
 - Contenido: forma de uso, dosis, efectos secundarios, contraindicaciones, precauciones
 - Leyenda de precaución: *si persisten las molestias consulte a su médico*
-

glas de *over the counter*, que sería algo así como “venta de mostrador”). En el cuadro 6-1 se pueden ver las características que se toman en cuenta para clasificar estos productos como de venta libre.

Los medicamentos que deberían venderse sólo con receta (grupos I a IV) no tienen en los envases y etiquetas información para su empleo, pues se parte de la idea de que son los médicos los que los prescriben, y se supone que quienes los compran cuentan con dicha información o pueden consultar lo que se llama IPP (Información Para Prescribir). Esta información teóricamente no está al alcance de los pacientes, si bien hoy en día éstos tienen acceso cada vez más irrestricto a los Diccionarios de Especialidades Farmacéuticas, diversos *vademecum* y a *Internet*, además de que algunas empresas farmacéuticas han adoptado la estrategia de hacer su publicidad directamente al público para que presione al médico. Se suele mencionar la leyenda “Dosis: la que el médico señale”. En los medicamentos de venta libre, en cambio, se exige que haya información, ya sea en el propio envase o en un inserto, sobre dosificación y precauciones, de tal manera que un paciente cuidadoso pueda utilizarlos con eficacia y seguridad relativas, aunque, por supuesto, no se puede tener la certeza de que todos los que los emplean lean y sigan las precauciones y recomendaciones.

EL PAPEL DEL PACIENTE

La idea de que las personas pueden automedicarse para males menores no es compartida por todos los médicos, pero se inscribe dentro de todo un movimiento, que algunos han llamado “de emancipación de los pacientes”, en el que hacen valer su derecho y su capacidad de tomar decisiones en ejercicio de su autonomía. Durante siglos, la postura del médico estuvo sustentada en el principio de beneficencia, y de ahí la oposición de muchos de ellos a la automedicación. La tradición hipocrática parte de la idea de que el paciente no es capaz de tomar las decisiones apropiadas, y de que el médico las tiene que tomar en su nombre y en su beneficio, en un ejercicio paternalista a veces autoritario y otras benevolente. Otros médicos se oponen a la automedicación porque su fuente de ingresos se vería amenazada, en términos de que se sustenta en la atención de estos males menores, y en propiciar y mantener la dependencia de los pacientes, y no en favorecer su independencia, como lo requieren hoy en día los enfermos crónicos. Se ha reivindicado la asesoría telefónica, tan anatematizada en el pasado, y se ha adicionado la asesoría electrónica; se admite el concepto de “paciente experto”, se promueven los grupos de autoayuda, y en ciertas áreas se constata que algunos pacientes conocen más de su enfermedad que sus propios médicos. En el modelo de relación médico-paciente llamado de asociación o colegial, el médico es experto en la enfermedad y el paciente lo es en su padecimiento, y entre ambos eligen e instrumentan la mejor alternativa.

Hoy se tiende a reconocer el derecho del paciente a participar en las decisiones que le conciernan, y no sólo a actuar como un obediente procesador de órdenes. Según esta perspectiva, se le conceden al paciente prerrogativas que parecen más riesgosas que el utilizar medicamentos de venta libre, como identificar la necesidad de solicitar atención, ya sea urgente, telefónica o programada; seleccionar la atención que le convenga (incluyendo medicinas alternativas) y, en la medida de lo posible, elegir al médico que lo atienda; aceptar o rechazar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos y, en su caso, colaborar para su realización; adherirse al tratamiento aceptado; acechar la aparición de efectos adversos, reportarlos y vigilar la evolución de la enfermedad. Si se le conceden todas estas facultades ¿se le puede conceder la de automedicarse responsablemente o no?

VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LA AUTOMEDICACIÓN

Dado que, guste o no guste, la automedicación y la autoprescripción son prácticas cotidianas, parecería una mejor decisión intentar regularlas que sólo satanizarlas, desalentando la segunda y alentando la primera bajo ciertas reglas y con base en

la educación para la salud. En la medida en que el público aprenda a manejar los productos de venta libre se podría auténticamente aprovechar sus ventajas y reducir sus inconvenientes. La automedicación tiene la ventaja de que libera a los servicios de salud de la carga que significan los pacientes con males menores, banales, que saturan los servicios y retrasan la atención de quienes requieren esos servicios, pero no pueden recibirlos porque los médicos están ocupados. Por otro lado, al tratarse de medicamentos relativamente inocuos, o al menos con un perfil de seguridad aceptable, con muchos años en el comercio, que no han mostrado problemas mayores y que ayudan en la atención de trastornos comunes de poca gravedad, parecería suficiente garantizar que no se rebasaran las dosis y que se atendieran las contraindicaciones.

Ya se sabe que no hay medicamento totalmente inocuo, pero algo parecido se podría decir de algunos alimentos, cosméticos, insecticidas, el alcohol y otros productos para cuyo uso no se exige una autorización individual.

Al exigir la Ley que los medicamentos de venta libre traigan un inserto en el que se señalen los cuidados, las dosis, el modo de empleo y las precauciones, se da por sentado que es responsabilidad del consumidor atenerse a estas instrucciones, tal y como ocurre con otros productos. El problema es que los pacientes no siempre leen estos insertos y prefieren, como ocurre con los instructivos de los aparatos eléctricos, aprender a usarlos por ensayo y error, lo que en este caso sí tiene riesgos evidentes.

Además, se reduciría el tiempo necesario para tener acceso al medicamento, se facilitaría y se promovería la participación de los individuos en el cuidado de su salud y se evitaría el costo y el tiempo necesarios para la consulta médica.

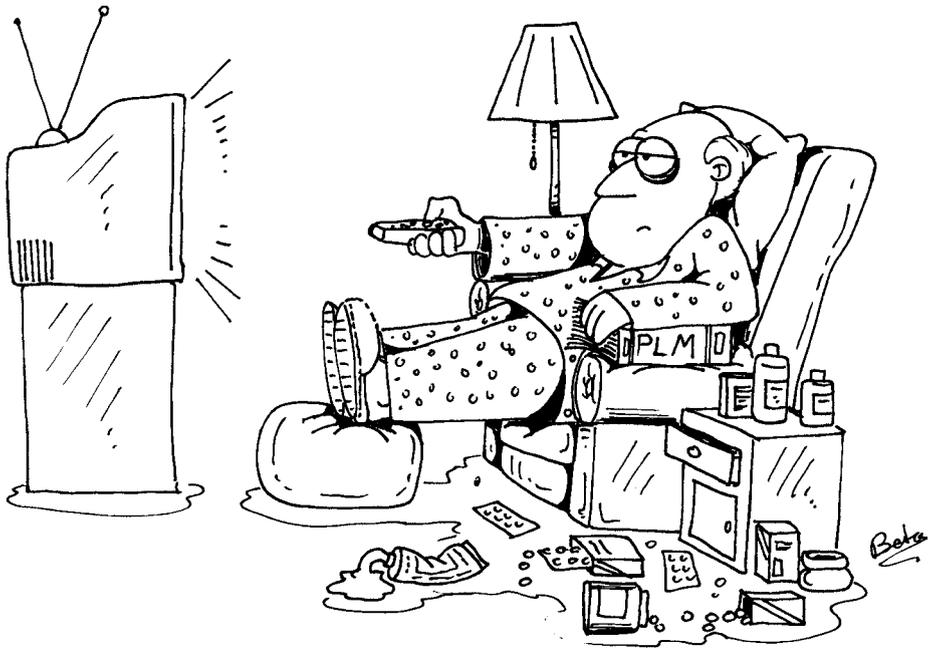
La responsabilidad de los médicos y de las autoridades sanitarias no puede eludirse, pero los pacientes tienen que asumir la propia en la conservación de su salud y la atención de sus enfermedades; en última instancia, el paciente es el principal responsable.

En un sistema de acceso universal que tuviera capacidad aun para los trastornos triviales, sin menoscabo de poder atender los problemas más serios, la automedicación sería menos útil. La automedicación no excluye totalmente la participación del médico, pero sí la aplaza para cuando aquélla resulte ineficaz; ésta es una de sus principales desventajas, puesto que en los padecimientos evolutivos se puede perder un tiempo precioso. Igualmente, el médico puede fungir como asesor y educador del automedicante. La autoprescripción, por su parte, tiene todas las desventajas, excepto para los dueños y dependientes de farmacias, y para algunas empresas farmacéuticas no éticas, quienes no sólo la consienten, sino que la promueven. El asunto no deja de ser polémico, pero en su análisis se debería hacer abstracción de los intereses personales y gremiales, de las tradiciones irreflexivas, y centrarse en lo que redundaría en el mejor interés de los pacientes y de la sociedad de hoy en día.

La publicidad de los medicamentos directamente al público

Por mucho tiempo, los fabricantes y distribuidores de medicamentos dirigieron sus mensajes publicitarios exclusivamente a los médicos, para que éstos, siguiendo su criterio, decidieran si los utilizaban o no en sus pacientes. Más aún, cuando se hacía la publicidad de algún medicamento en forma abierta entre el público, ese producto se designaba, con alguna ligereza, como “no ético”. Todavía, el requisito para que algún medicamento se denomine “ético” es que no se anuncie directamente al público, y no se propicie así la automedicación y la autoprescripción. Varios de los mensajes publicitarios llevan la frase “Literatura exclusiva para médicos” en letra pequeña, aunque también el lenguaje técnico ejerce un efecto limitativo para los legos.

Hoy en día, la situación parece haber cambiado, antes que nada porque el acceso a la información se ha abierto. No sólo los pacientes tienen acceso a ella mediante las páginas de Internet, sino que pueden adquirir fácilmente su Diccionario de Especialidades Farmacéuticas (mejor conocido como PLM) en cualquier librería, obra que, si no es ya un *best-seller*, está cerca de serlo. Este texto es una recopilación de casi todos los medicamentos disponibles en el comercio; en él se incluye la información para prescribir aprobada por la Secretaría de Salud y que utilizan los médicos. Este cambio en el acceso a la información tiene la ventaja de que los pacientes ejercen una cierta regulación de la práctica médica, de tal modo que el doctor tiene que estar muy alerta en la selección apropiada del medicamento y las dosis, no sólo por la razón profesional de ofrecer el tratamiento más apropiado a cada enfermo, sino porque ahora el paciente puede constatar si el facultativo lo hizo bien o no. También tiene la ventaja de que, para ciertos males



menores, el paciente no tendría que acudir a los servicios médicos, de por sí sobrecargados, sino que podría resolverlos por sí mismo, y de que un paciente informado tiene más probabilidades de colaborar en su propia recuperación.

Tiene, en cambio, la grave desventaja de que los enfermos difícilmente pueden distinguir entre la información científica y la promocional, y podrían creer que esta última es la verdaderamente buena. Probablemente más de 70% de la información que aparece en Internet no se sustenta en evidencias científicas, sino que pretende tan sólo aumentar sus ventas, exaltando las virtudes y minimizando los inconvenientes. El asunto está, entonces, en la diferencia entre información y publicidad, entre el propósito de educar y el de vender, entre información técnica e información comercial, entre paciente y cliente, entre enfermo y consumidor, entre una acción sanitaria y una acción mercantil.

Pero el poder del consumidor es grande, y eso explica el auge de las medicinas alternativas, las ventas millonarias de los productos supuestamente milagrosos y el gran negocio de los remedios de venta libre.

Aprovechando el cada vez más evidente comportamiento de los pacientes como consumidores (consultan varias opiniones, buscan ofertas, ponen a prueba a los proveedores), las empresas farmacéuticas y sus publicistas también han descubierto una importante veta para los medicamentos que no son de venta libre: crear en los consumidores una necesidad para que presionen a sus médicos, apro-

vechando el valor que ahora se da a la participación del paciente en las decisiones. Esta publicidad no necesariamente menciona los nombres comerciales de las medicinas, pero, al particularizar sus características, el médico reconoce lo que demanda el enfermo. Además de que los pacientes tienen ahora acceso a las revistas médicas especializadas, varias publicaciones periódicas de divulgación, como *Selecciones de Reader's Digest*, no sólo presentan anuncios, sino también artículos de fondo relacionados con medicamentos, tratando de convencer al público de que se los exija a su médico. Y parece que la estrategia está dando resultado: los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) dirigen ahora a los médicos; las píldoras contra la disfunción eréctil son solicitadas por los pacientes, no necesariamente dando su nombre comercial, sino solicitando "el que enciende de nuevo la flama" o "el que tiene efectos que se extienden hasta por 36 horas". Después de oír por la radio el sonido de un hueso al fracturarse, las pacientes exigen estudios y tratamiento de la osteoporosis.

Al reivindicarse los derechos del paciente, los médicos tienen que escuchar su voz y hacerles participar en las decisiones que les conciernen, lo que es ahora provechosamente utilizado por los publicistas. Como siempre, para evitar que la prescripción caiga en un asunto de mercado, la solución está en la amplia comunicación que se pueda lograr entre médicos y pacientes.

La prescripción inadecuada de los ancianos

Los medicamentos son armas poderosas que igual pueden salvar vidas que contribuir a acabar con ellas, propiciar bienestar que generar incomodidades o molestias, o hasta producir enfermedades nuevas; depende mucho de las cualidades del proceso de prescripción. Este proceso se inicia con el diagnóstico correcto y se sigue de la elección del medicamento apropiado, la dosis, el momento en que se administra, el fraccionamiento (cada cuántas horas), la duración del tratamiento, la consideración de la administración concomitante de otros medicamentos, su uso en relación con los alimentos, el complemento de medidas higiénicas o dietéticas, la acechanza vigilante de efectos adversos, y el tomar en cuenta el estado funcional del paciente, en particular cómo se encuentran su aparato digestivo, su hígado y sus riñones. Como puede verse, la prescripción no es un arte sencillo, y no podría verse simplemente como una decisión de dos columnas: la del diagnóstico y la del medicamento indicado. Tampoco podría decirse que a cada entidad diagnóstica corresponde una terapéutica única, como se pretende a veces al simplificar, para inducir a los legos a prescribir o autoprescribirse.

La situación es particularmente crítica en los ancianos, los que, en razón de los cambios propios del envejecimiento, ya tienen predisposición a tener problemas con los medicamentos, pues su aparato digestivo es más sensible y frágil, y sus riñones tienen una menor capacidad para manejarlos. A mayor abundamiento, son los ancianos los que más medicamentos requieren, pues las enfermedades crónicas —que son las predominantes hoy en día— son más frecuentes conforme aumenta la edad, y no es raro que los ancianos enfermos sean atendidos de varias enfermedades simultáneas, lo que implica a veces muchos medicamentos; es lo



que se ha llamado “polifarmacia”. De los mayores de 65 años, 90% toman al menos un medicamento, y lo común es que reciban de 3 a 12 medicinas.

Igual que alguna vez se dijo que los niños no son adultos chiquitos y que requieren cuidados especiales en la prescripción, se puede decir que los ancianos no son sólo adultos mayores (aunque sea el eufemismo de moda), sino que tienen peculiaridades anatómicas y funcionales que los vuelven diferentes, tanto que se ha acuñado el término “farmacogeriatría”. Las dificultades tienen que ver con la capacidad de los ancianos para comprender a la perfección las instrucciones del médico, problemas de visión para leer las recetas, trastornos de la memoria para seguir estrictamente los horarios, o duplicación de las dosis porque no recuerdan si ya tomaron el medicamento. Pero también tienen limitaciones para la deglución que obligan a buscar formas farmacéuticas más apropiadas (suspensión, jarabe, inyección), excreción urinaria retardada que favorece que el medicamento se acumule, menor capacidad de destoxicación de algunos productos por el hígado, distribución diferente de las sustancias en los distintos compartimentos del cuerpo, y otros.

Si se aplican criterios estrictos, todo esto hace que la prescripción inadecuada en los ancianos sea un asunto frecuente, y esto ocurre en todo el mundo. Se acaba de publicar un estudio sobre ancianos europeos en el que casi 20% de ellos recibían por lo menos una medicación inapropiada; sucedía más mientras mayor edad tenían, y sobre todo en los que vivían solos y recibían medicamentos múltiples (*JAMA* 2005;293:1348-1358).

Si en todos los pacientes resultan válidas las siguientes recomendaciones, en los ancianos son particularmente ciertas:

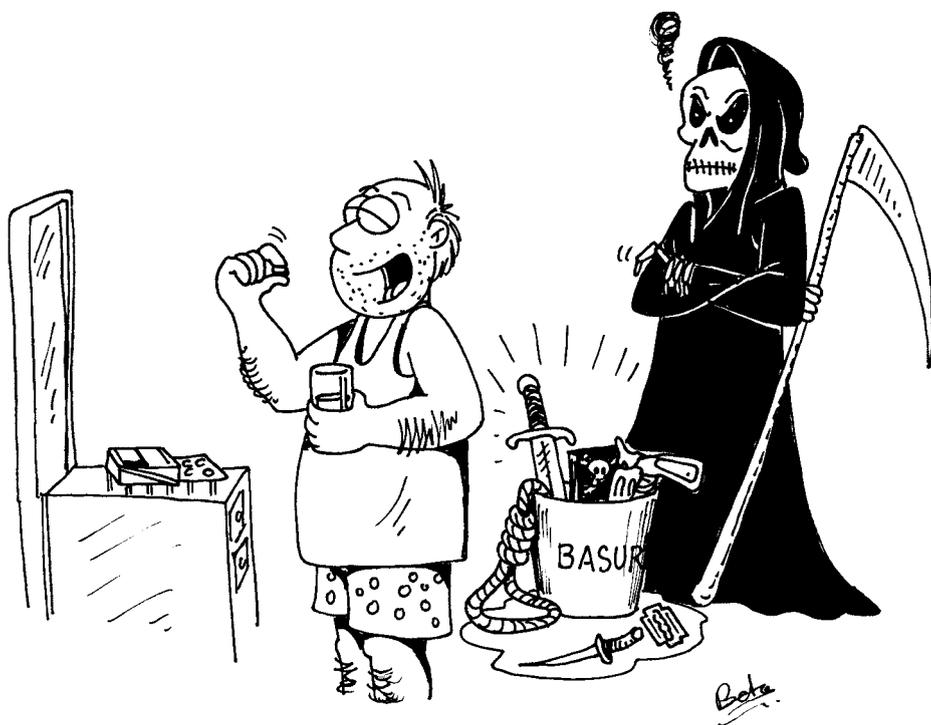
- No usar medicamentos a menos que no quede más remedio. Preferir otras medidas, como podrían ser las indicaciones higiénicas y dietéticas.
- Usar la menor dosis posible y por el menor tiempo.
- Retirar todos los medicamentos que no sean indispensables.
- Vigilar muy de cerca la tolerancia y la aparición de efectos adversos.
- Asegurarse de que otros aspectos de la atención médica estén debidamente atendidos: nutrición, cuidados generales, ejercicio, reposo.
- Supervisión por los familiares del uso adecuado de los medicamentos.
- Llevar una bitácora sobre la ingestión de los medicamentos.
- Mantener un contacto frecuente con el médico.
- Escribir las instrucciones de manera muy clara, con letra grande, corroborando que el enfermo las entiende.
- Evitar la autoprescripción y la prescripción por legos.

Los medicamentos antidepresivos y el suicidio

La depresión se considera uno de los males de nuestro tiempo. Al margen de que pudiera existir un cierto abuso en su diagnóstico, es verdaderamente una enfermedad devastadora, que interfiere seriamente en la actividad cotidiana de los pacientes, deteriora su calidad de vida y hasta limita la búsqueda de un remedio por parte de los enfermos mismos, muchos de los cuales han perdido la esperanza por culpa del mismo desánimo que la caracteriza. El prejuicio en contra de consultar a un psiquiatra, porque se le ha identificado como el “médico de los locos”, o de aceptar el diagnóstico por lo que significa de debilidad de carácter, hace que se eluda la búsqueda de ayuda profesional y se posponga el tratamiento, el cual, además, suele tener que ser suministrado por médicos que no son psiquiatras.

Por fortuna, se puede decir que el tratamiento farmacológico es bastante noble en términos de eficacia, tolerancia y seguridad. Tiene, desde luego, sus limitaciones: no actúa de inmediato (en promedio, tarda unas tres semanas en comenzar a notarse); se tiene que sostener un tiempo largo, en general no menos de tres meses, y a veces varios años; no debe suspenderse bruscamente, pues no sólo se provocaría recaída, sino también rebote.

Por otro lado, dicho tratamiento tiene las ventajas de que no crea dependencia (que no se pueda ya vivir sin el medicamento) ni tolerancia (que cada vez se requiera una dosis mayor); no suele tener interacciones importantes con otros medicamentos de uso cotidiano, como antibióticos o analgésicos; no se potencia con el alcohol ni potencia al alcohol (como sí ocurre con los tranquilizantes o ansiolíticos); no suele provocar somnolencia, no interfiere con el sueño ni aumenta los riesgos de manejar un vehículo.



La depresión se acompaña de cambios en la bioquímica cerebral, particularmente en los neurotransmisores, que son las sustancias que median la comunicación entre las neuronas. Lo que hacen los medicamentos antidepresivos es aumentar paulatinamente estos neurotransmisores deficientes, por ello se les compara con las terapias de sustitución (por ejemplo, de hormona tiroidea o de insulina).

Aunque hay muchos antidepresivos, los más utilizados son de dos tipos: los llamados tricíclicos, cuyos prototipos son la imipramina (Tofranil®) y la amitriptilina (Tryptanol® y otros nombres comerciales), que son medicamentos relativamente antiguos, comprobadamente eficaces, pero que suelen tener efectos colaterales a veces molestos, como sequedad de boca o estreñimiento, y los denominados inhibidores de la recaptura de serotonina (SSRIs), cuyos prototipos son la fluoxetina (Prozac®) y la paroxetina (Paxil®), que tienen menos efectos colaterales pero son más caros. Los antidepresivos han tenido, globalmente, resultados casi milagrosos, siempre y cuando se dosifiquen bien y los pacientes se adhieran a las instrucciones; esto no siempre es fácil en los individuos deprimidos, pues, como sucede con otros medicamentos de uso crónico, cuando el paciente se siente mejor tiende a suspenderlos prematuramente, con lo cual tiende a recaer; y eso si no es que algún pariente o vecino le aconseja erróneamente que no los siga tomando

porque le están creando una vida artificiosa, o porque a la larga lo pueden dañar, lo cual es totalmente falso.

Recientemente ha surgido una polémica en torno a si estos medicamentos pueden propiciar el suicidio. Hay que tomar en cuenta que los pacientes con depresión severa tienden a suicidarse o autoagredirse, y que el suicidio o su intento pueden ser más bien manifestaciones de la depresión que se está tratando que consecuencias del tratamiento. Sin embargo, sigue la duda de si en las personas con tendencia suicida ésta se manifiesta en cuanto se inicia el tratamiento farmacológico. Recientemente aparecieron varios estudios (*Br Med J* 2005;330:373-374) que tratan de identificar el riesgo que implican estos medicamentos para propiciar el suicidio, y si bien los resultados no son concluyentes, la impresión que queda es que no existe tal riesgo. Una interpretación de los resultados considera que son precisamente las personas de alto riesgo suicida las que reciben estos medicamentos, y que la tendencia suicida se materializa mientras éstos empiezan a actuar. Todos los estudios que exploran la probabilidad de que los medicamentos aumenten el suicidio tienen limitaciones metodológicas. Por ahora, la conclusión es que no parecen aumentar los suicidios, salvo tal vez en niños y adolescentes, en los que se recomienda no utilizar los SSRI. En todo caso, habría que contrastar los débiles indicios de un posible aumento del riesgo suicida en las primeras etapas del tratamiento con las muy fuertes evidencias de que estos medicamentos son muy eficaces en el tratamiento de la depresión, y vigilar de cerca a los pacientes en las primeras semanas en que reciben el medicamento.

Reporte de los efectos adversos de los medicamentos

Los medicamentos no sólo tienen los efectos terapéuticos que se buscan con su prescripción, sino también algunos adicionales, no deseados, que, si bien pueden ser intrascendentes o acaso molestos, algunas veces han llegado a ser graves y aun fatales. Hoy en día se acepta que no hay medicamento inocuo, que todos conlleven la posibilidad de alguna consecuencia inconveniente, lo que apoya la recomendación de sólo utilizarlos cuando sea indispensable, y siempre contrastando los beneficios potenciales con los riesgos de su uso.

Antes de que los medicamentos se utilicen con amplitud en los pacientes es necesario que las autoridades de salud aprueben su distribución y comercialización mediante el registro sanitario. Para obtenerlo, tienen que demostrar su calidad farmacéutica y someterse a diversas pruebas, primero en animales, luego en voluntarios humanos y finalmente en pacientes. En las pruebas se va definiendo el perfil del medicamento, su dosis, el tiempo que se debe administrar, qué se puede esperar de él y cuáles efectos adversos podrían llegar a ocurrir. Con esta información se empiezan a utilizar los medicamentos en los enfermos de todos los días, y con ella el médico advierte al paciente sobre lo que podría pasar, cómo minimizar los inconvenientes conocidos, le informa de las señales que obligarían a suspenderlo y de la necesidad de estar al acecho de ciertos síntomas. Estos riesgos—calculados y predecibles— tienen que ser rebasados con amplitud por sus beneficios, de modo que haya un índice razonable de eficacia y seguridad que respalde su empleo. Se podría pensar que ya no debería haber sorpresas una vez que sale al mercado un medicamento, pues ya se conocen tanto sus efectos terapéuticos como los adversos, pero no es así. Por más que un medicamento se haya puesto



a prueba en un número grande de pacientes antes de autorizarse su uso más amplio, esos pacientes pueden tener diferencias con los de todos los días, y el medicamento tener efectos de baja frecuencia; algunas personas manifiestan respuestas imprevistas debidas a características individuales que las hacen reaccionar de manera peculiar. Algunos de los efectos de los medicamentos se hacen evidentes años después de haberse autorizado su empleo. Además, un medicamento que fue estudiado en otra población puede tener efectos diferentes, por ejemplo, en mestizos mexicanos, o en interacción con alimentos locales, y hay muchos que se comportan así. Con el uso amplio van apareciendo incluso nuevos efectos terapéuticos.

Para conocer los efectos de baja frecuencia se ha creado el concepto de farmacovigilancia, que es una acechanza activa de cualquier situación inesperada relativa al medicamento cuando ya está en uso, no sólo de los efectos adversos, sino también de la falta de eficacia. Históricamente, se ha generado información suficiente como para retirar del mercado medicamentos que habían cumplido con todos los requisitos para su registro. El ejemplo más dramático fue el de la Talidomida®, que se recomendaba en la década de 1950 para las mujeres embarazadas, con el fin de atenuar el vómito y ayudarlas a dormir mejor dado su efecto sedante. Las pruebas en animales parecían avalar su inocuidad en el embarazo. Sin em-

bargo, a partir de observaciones clínicas se pudo comprobar que inducía defectos en el desarrollo de los fetos, y nacieron muchos niños con extremidades incompletas o cortas (focomielia). Es común que se retiren del mercado medicamentos que no habían mostrado mayor toxicidad en los estudios controlados. En otros casos, los resultados de la farmacovigilancia han permitido modificar la información para prescribir. Algunos ejemplos recientes de medicamentos en uso que tuvieron que modificar su estatus han sido los estrógenos en la menopausia (por su asociación con cáncer de mama y la falta de protección cardiovascular); la cerivastatina (medicamento para reducir el colesterol), que se retiró porque producía rabdomiólisis (destrucción muscular grave), y la fenilpropanolamina, cuya recomendación de sustituirla de las formulaciones antigripales se debió a su asociación con hemorragia cerebral cuando se usaba en dosis mayores.

El sistema de farmacovigilancia funciona sobre todo a partir del reporte de los usuarios de los medicamentos, esto es, los pacientes y los médicos. Pero, a pesar de su importancia, hay sólo una mínima cantidad de reportes, porque no existe una cultura al respecto. Si un paciente experimenta eventos adversos asociados a un medicamento, en lugar de reportarlo a su médico para que haga los ajustes en la prescripción y lo reporte a las instancias de farmacovigilancia, lo que suele hacer es cambiar de médico, y así el primer médico nunca se entera de los inconvenientes de su prescripción ni recibe retroinformación para las siguientes prescripciones. Lo que los usuarios debieran reportar son tan sólo las sospechas de efecto adverso, pues hay personas expertas que, a partir de estas sospechas, siguiendo un algoritmo específico, pueden determinar si es efectivamente atribuible al medicamento, y emiten recomendaciones que pueden conducir hasta el retiro de la sustancia.

Ésta es, pues, una exhortación a los lectores para que informen a sus médicos de los incidentes que les ocurran con el uso de medicamentos, pues con ello podrán contribuir a reducir los riesgos en el resto de la población.

Los antiinflamatorios cuestionados

La palabra “inflamación” no tiene el mismo significado para los médicos que para el público, pues su connotación técnica es diferente de la coloquial. Técnicamente, no significa aumento de volumen o hinchazón (que podría ser uno de los signos de inflamación), pues éstos también pueden deberse a edema (acumulación de líquido en los tejidos), a distensión por meteorismo (acumulación de gas en los intestinos) o hasta a obesidad (acumulación de grasa). La verdadera inflamación tiene un significado biológico profundo, pues equivale a la presencia en los tejidos de lo que se llama “infiltrado inflamatorio”, que es un líquido con un alto contenido de células que participan en la defensa contra la agresión, y de sustancias con funciones similares. La inflamación es, entonces, una expresión de la activación de mecanismos locales de defensa y un indicio de la capacidad del organismo para enfrentar las agresiones. Ciertamente, la inflamación también puede ser dañina en la medida en que aparezcan en ese infiltrado elementos capaces de lesionar a los propios tejidos, pero en términos generales es un mecanismo protector. Los viejos maestros de medicina decían, festivamente, que los signos de inflamación eran los mismos que los del amor: rubor, calor, dolor y tumor.

Desde hace muchos años se vienen usando en la terapéutica medicamentos antiinflamatorios, el primero de ellos la Aspirina®, y el más potente de todos, la cortisona y sus derivados. Todos los que no contienen derivados de la cortisona se han agrupado bajo el término genérico de “antiinflamatorios no esteroideos” (AINEs), puesto que la cortisona es químicamente un esteroide. Dado que prácticamente todos los AINEs son, en mayor o menor medida, además de antiinflamatorios, analgésicos (disminuyen el dolor) y antipiréticos (reducen la temperatura



elevada), sus efectos antiinflamatorios se suelen confundir con los otros. Un paciente que sufre un trauma que hace que se le hinche la región golpeada se siente mejor con los AINEs, pero más por su efecto analgésico que por el antiinflamatorio. Es cuestionable que los AINEs, en efecto, aceleren la evolución de una inflamación traumática; lo que hacen es que ésta transcurra con menos dolor. Algo parecido puede decirse de la inflamación por infección; por ejemplo, en una amigdalitis. No se ha probado convincentemente que adicionar AINEs a los antibióticos acorte la evolución de la enfermedad; acaso la vuelven menos dolorosa. Estos dos ejemplos ilustran cómo en muchos casos se utilizan antiinflamatorios cuando lo que se requiere es más bien un analgésico. Si no hubiera cierto peligro al usar antiinflamatorios, esto no tendría mayor importancia. Pero casi todos los antiinflamatorios tienen inconvenientes (como los tienen prácticamente todos los medicamentos). Entre los efectos colaterales más comunes está la irritación gastrointestinal, que puede llegar a la hemorragia por erosiones superficiales de la mucosa, pero también tienen efectos dañinos sobre los riñones, que en contados casos han llegado a ser graves, al impedir su vital función. Si todos estos efectos

son lamentables, los son aún más cuando los medicamentos se utilizan innecesariamente. En las nuevas generaciones de AINES se había logrado separar los efectos gastrointestinales y renales de los antiinflamatorios y analgésicos, al volverlos selectivos en el bloqueo de la inflamación, y prácticamente sin efectos sobre el estómago y los riñones. Sin embargo, en la fase poscomercialización se encontró que aumentaban el riesgo de enfermedad vascular, cerebral o coronaria, al grado que el rofecoxib (Vioxx®) fue retirado del mercado por la compañía farmacéutica que lo producía, y algunos abogados estadounidenses han aprovechado para lucrar a partir de las enfermedades de quienes lo consumieron. Otros antiinflamatorios, si bien no han sido retirados oficialmente, sí se cuestionan seriamente, pues se ha planteado que el aumento en los problemas vasculares no es un efecto del medicamento en cuestión, sino de la clase de medicamentos. Recientemente se encontró que el celecoxib (Celebrex®) también estaba asociado con un aumento de 2.5 veces de los problemas cardiovasculares, y ahora hasta el popular naproxeno (que se expende bajo el nombre de Naxen®, Aleve® y otros) también es objeto de sospechas. Otros antiinflamatorios de la misma clase, como el valdecoxib* (Valdure®) y el etoricoxib (Arcoxia®) tendrán que ser observados cuidadosamente. Hoy por hoy, la mejor indicación de los AINES son las enfermedades articulares inflamatorias, particularmente la artritis reumatoide, en la que se tienden a usar por periodos prolongados. Los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas son los que más riesgo tienen de desarrollar efectos adversos. La recomendación que se puede hacer a los lectores va en el sentido de que los eviten para las indicaciones banales, y en todo caso, que los usen sólo por poco tiempo. Los nuevos tratamientos de la artritis reumatoide, los que tienden a modificar su historia natural, van haciendo cada vez menos necesario el uso prolongado de estos medicamentos en dosis altas.

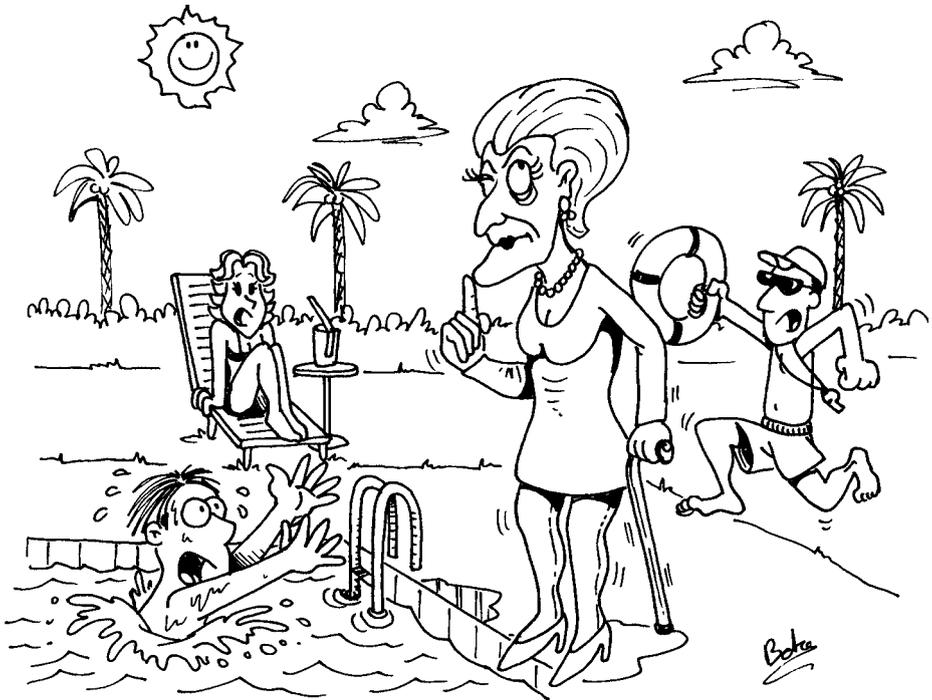
* El valdecoxib fue retirado del mercado a mediados del año 2005.

Para alimentar el debate sobre el uso de estrógenos en la menopausia

El empleo de estrógenos en las mujeres menopáusicas en lo que se ha llamado “terapia hormonal de reemplazo” (THR) ha sido objeto de controversia. En alguna época esta terapia se consideró obligada para todas ellas, dado que, además de que mejora algunos síntomas que las afligen, se pensaba que protegía su organismo de los efectos deletéreos de la deficiencia hormonal. En otras palabras: además de ser un tratamiento sintomático (o antisintomático), podía mejorar la calidad de vida, la calidad del envejecimiento y la supervivencia.

El aumento en la esperanza de vida —mayor para las mujeres que para los hombres— que se ha alcanzado desde fines del siglo XX ha propiciado que casi la mitad de la extensión de la vida de una mujer transcurra sin el efecto de los estrógenos. El segmento vital que ocurre después de la menopausia dura aproximadamente lo mismo que el de la edad reproductiva (la de producción de estrógenos por los ovarios), y este hecho no había ocurrido más que por excepción en toda la historia de la humanidad, y se ignoraba qué consecuencias podría tener vivir tantos años sin estrógenos; acaso se podía intentar predecirlo con base en conocimientos científicos incompletos.

Entre los argumentos que sustentaron por un tiempo la indicación universal de la THR se manejaban algunos que hoy parecen haberse quedado sin sustento, según algunas investigaciones recientes. El que mejor parece sostenerse todavía es que la THR reduce la velocidad de pérdida ósea y, por lo tanto, disminuye la tendencia a la osteoporosis. Por otro lado, el que más se ha debilitado es el que suponía que la THR protegía el corazón de las mujeres. A partir de la observación de que el infarto del miocardio en la etapa reproductiva es más frecuente en varones



que en mujeres, y que esta frecuencia se iguala después de la edad de la menopausia, se generó la hipótesis de que los estrógenos protegían al corazón. Sin embargo, hace un par de años se mostró, en estudios mejor controlados, que no existía este carácter protector de los estrógenos y que, por lo tanto, este argumento ya no era válido para recomendar su empleo. También se confirmó lo que se sabía de tiempo atrás: que los estrógenos pueden alimentar algunos tipos de cáncer, particularmente el de mama, aunque podían proteger de otros, como el de colon.

En estos días han aparecido publicadas dos investigaciones que parecen echar por tierra un argumento más. Varios estudios previos habían sugerido que los estrógenos podrían contribuir a prevenir en las ancianas la demencia, particularmente la enfermedad de Alzheimer. La prueba de fuego para apoyar o refutar esta afirmación tendría que ser un estudio con muchos casos, en los que la mitad recibieran THR y la otra mitad una sustancia inerte (placebo), y en el que se midiera, al cabo de cierto tiempo, cómo habían evolucionado las funciones intelectuales (cognoscitivas) en uno y otro grupo. Ésta es precisamente la investigación que se acaba de publicar (*JAMA* 2004;291:2947-2956 y 2959-2968). Se observó a varios miles de mujeres de 65 a 79 años de edad durante periodos hasta de nueve años, y se encontró que los estrógenos, ya sea solos o combinados con progestágenos (tal y como se suelen usar en la THR), no sólo no se asociaron con una disminución

en la frecuencia de demencia, o de lo que se llama “impedimento cognoscitivo moderado”, sino que aparentemente propiciaron un deterioro de sus funciones intelectuales (cognoscitivas). Además, las mujeres que recibieron estrógenos tuvieron una mayor frecuencia de enfermedad vascular cerebral que las que tomaron placebo, lo que hace suponer que el mecanismo del deterioro cognoscitivo tiene que ver con deficiente circulación cerebral. Estos resultados se aplican sólo a mujeres mayores de 65 años y al uso de estrógenos conjugados equinos en tabletas orales (la forma más común de prescribirlos).

¿Cómo queda entonces la indicación de la THR en estos días? Desde luego que ya no es conveniente hacer recomendaciones generalizadas, y menos si son universales: ni todas las mujeres deben seguir esta terapia ni está prohibida para todas ellas. Como siempre debió haber sido, se tendría que individualizar cada caso, pues con seguridad en algunos se justifique plenamente y en otros tendría que evitarse. Podría estar justificada, por ejemplo, en las mujeres que tuvieran muchos síntomas, que éstos fueran intolerables o interfirieran con su actividad cotidiana, que no se tratara de personas de alto riesgo para cáncer de mama y sí para osteoporosis, y que estuvieran en posibilidades de ser sometidas a vigilancia por su médico.

El debate continuará.

Resistencia a los antibióticos

Los antibióticos (y en general los antimicrobianos) fueron el avance terapéutico más importante de la primera mitad del siglo XX, al grado que se llegó a pensar que había llegado a su fin la era de las enfermedades infecciosas, que tantas muertes habían causado. Sin embargo, no tardó mucho en probarse que esto era una ilusión, pues muchos microorganismos se mostraban resistentes a estos medicamentos y, peor aún, algunos que originalmente habían sido sensibles se fueron volviendo resistentes. Todavía más, se ha demostrado que esta resistencia se transmite entre bacterias de la misma especie o de una a otra, de tal modo que se disemina con velocidad. En la lucha contra los microbios que producen enfermedades, éstos han exhibido una capacidad de adaptación que les ha permitido resistir los intentos de los médicos por combatirlos, al desarrollar mecanismos para defenderse de los fármacos que pretenden aniquilarlos. Se puede decir que, aunque los médicos han ganado algunas batallas, la guerra la van ganando los microbios.

El empleo mismo de los antibióticos aumenta el problema de la resistencia, en la medida en que destruyen a los microbios sensibles y seleccionan a los resistentes, los cuales se reproducen libremente ante la falta de competencia. El fenómeno de la resistencia de los microorganismos a los antibióticos se ha extendido de tal manera que hoy se percibe como una de las mayores amenazas para la salud pública en el mundo.

En los últimos 20 años se ha hecho más difícil atacar las infecciones. La tuberculosis, la gonorrea y las infecciones de los oídos en los niños, por ejemplo, son ahora más difíciles de tratar que antaño. Pero el asunto se ha vuelto crítico en los hospitales, que han dejado de ser sitios seguros y hospitalarios (como lo sugeriría su



nombre) al convertirse en áreas de alta concentración de microbios resistentes a múltiples antibióticos. Si a esto se agrega que los pacientes de hospital son, en función de su misma gravedad, más vulnerables, y que a menudo requieren el uso de antibióticos, el cuadro aparece como verdaderamente terrorífico.

Entre 5 y 10% de los pacientes hospitalizados en los mejores hospitales adquieren una infección que no tenían al ingresar; de ellos, 1 de cada 10 muere por la infección. Más de 70% de las bacterias que producen infecciones en los hospitales son resistentes por lo menos a uno de los antibióticos que se recomiendan como primera elección para esos casos. Los pacientes con infecciones adquiridas en el hospital tienen mayores estancias hospitalarias y requieren tratamientos con medicamentos de segunda o tercera elección, que suelen ser más tóxicos y costosos. Y el problema se acentúa conforme más antibióticos se utilizan, de tal modo que se genera un círculo vicioso hasta ahora insalvable.

La resistencia a los antibióticos tiene que ver con su uso, pero sobre todo con su mal uso y su abuso. Entre las circunstancias que se han asociado con la aparición de resistencias bacterianas están el empleo de antibióticos en casos en que no están justificados, el uso de esquemas incompletos, dosis insuficientes y la mala selección del antibiótico para el caso en cuestión. Por lo pronto, no se ven soluciones claras. Los nuevos antibióticos, más temprano que tarde, seleccionan o inducen a las bacterias resistentes. La tendencia a evitar la hospitalización mediante la atención ambulatoria puede reducir un poco el problema de las infecciones no-

socomiales, pero las consecuencias de la resistencia no se restringen a ellas. La regulación estricta sobre el uso de antibióticos en los hospitales, con prohibiciones expresas y la necesidad de una autorización obligatoria por los expertos, no se ha generalizado y no ha sido muy bien aceptada por los médicos.

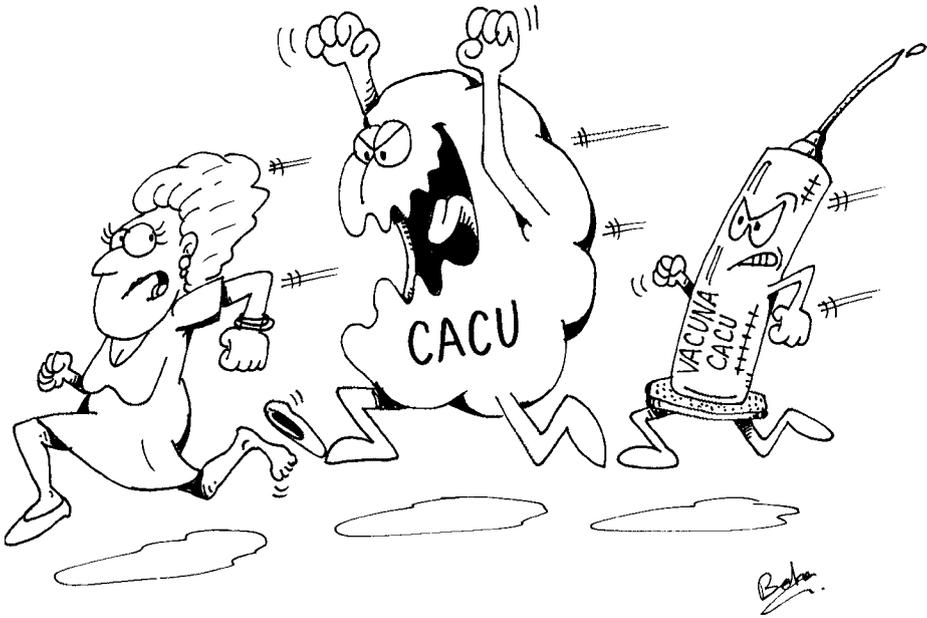
En estas condiciones, ¿qué puede hacer el público para, al menos, no aumentar el problema? He aquí algunas sugerencias:

- 1.** Entender que los antibióticos son exclusivamente para el tratamiento de ciertas infecciones por bacterias y no deben utilizarse para infecciones por virus, como resfriado, faringitis, diarrea y tos.
- 2.** No autoprescribirse antibióticos ni recomendarlos a otras personas.
- 3.** No utilizar los antibióticos en dosis insuficientes, como una o dos tabletas, o en forma de inyecciones.
- 4.** Si el médico determina que no se trata de una infección bacteriana, preguntarle cómo puede ayudarle a aliviar los síntomas, sin presionarlo para que prescriba un antibiótico.
- 5.** Usar la medicina exactamente como se la prescribieron.
- 6.** Administrarse el antibiótico hasta que lo termine, incluso si ya se siente bien. No debe tratar de guardar los medicamentos para tratar alguna infección futura ni recomendárselos a otros.

Vacuna contra el cáncer

La lucha contra el cáncer se ha convertido en una prioridad sanitaria y científica; no cabe duda que ha habido logros significativos, aunque se esté lejos de haber encontrado “el” tratamiento. Hay ahora muchos más sobrevivientes de la enfermedad que los que había hace apenas unos 20 años, y el número de pacientes curados también ha aumentado considerablemente. Por lo pronto, estos éxitos dependen del diagnóstico oportuno y del acceso a los servicios especializados, condiciones de alcance limitado, pues la cultura de la población sigue siendo insuficiente para acechar los primeros indicios de la enfermedad y, a pesar de los esfuerzos que se han hecho, no todos tienen la oportunidad de recibir los beneficios derivados del avance científico y tecnológico. Habrá que reconocer también que la curación y la supervivencia tienen un alto costo, tanto en términos financieros como emocionales. Por ello, y como en todo, la prevención parece la mejor alternativa, aunque en este caso enfrenta el desconocimiento de la causa y, por lo tanto, la imposibilidad de incidir sobre ella. Más aún, como en todas las enfermedades, no existe una causa única, sino que son varias que actúan juntas las que producen el cáncer, y ni siquiera es éste una enfermedad única, sino un conjunto de ellas que se agrupan bajo ese nombre. Todavía más, el periodo de latencia entre la exposición a un cierto factor y la aparición del cáncer suele ser tan largo que, cuando éste aparece, ya se ha dejado de tener la percepción de que podría haber un vínculo causal con aquél.

A pesar de ello, se han podido identificar algunos factores estadísticamente asociados con la aparición de cáncer sobre los cuales se podrían ejercer acciones preventivas. Tal es el caso del tabaquismo y el cáncer pulmonar. Si bien hay casos



de cáncer de pulmón en individuos que nunca han fumado, si se lograra erradicar el tabaquismo se abatiría considerablemente la frecuencia de muertes por esta variedad de cáncer. En muchos otros casos, la relación de causa a efecto no se percibe tan directa, pero hay sospechas que incriminan a determinados componentes de los alimentos, la exposición a ciertas sustancias, algunos microorganismos y otros factores.

Una relación que ahora parece muy clara es la del cáncer del cuello de la matriz (cervicouterino o CACU) con el virus del papiloma humano. Se empezó a sospechar de esta relación en 1975, y para 1999 se había encontrado que casi 100% de los casos de este cáncer contenían en sus células DNA del virus; desde entonces se acepta que el CACU es una etapa avanzada de la infección crónica por ciertas variedades del virus del papiloma humano. Este virus también produce condilomas, que son una especie de verrugas, a veces gigantescas, que aparecen en los genitales, pero la variedad (genotipo) del virus que los causa es diferente de la que produce cáncer. De los más de 100 genotipos de este virus que existen, sólo 40 producen infección en los genitales y 6 se relacionan con 90% de los casos de CACU. Los genotipos denominados 16 y 18 dan cuenta de 71.2% de los casos. Esto hace pensar que si se lograra evitar la infección por estos dos genotipos, se podría prevenir la mayoría de los cánceres de esta zona.

El CACU es aún una amenaza grave, sobre todo en los países en desarrollo. Los desarrollados han logrado disminuir importantemente su frecuencia median-

te la aplicación generalizada de la citología vaginal (Papanicolaou), con la cual se detectan muy tempranamente los casos, y se pueden aplicar tratamientos curativos poco agresivos. En los países en desarrollo no se ha logrado una suficiente participación de las mujeres para acudir a su examen periódico, y no se han organizado de forma eficiente los servicios como para procesar de manera adecuada las muestras, interpretarlas correctamente, localizar con oportunidad a las personas sospechosas y canalizarlas a los servicios pertinentes. En México mueren al día 12 mujeres por CACU.

Se han desarrollado varias vacunas contra el virus del papiloma humano, incluyendo una mexicana. Hoy en día, dos casas farmacéuticas, cada una por su lado, han puesto ya a prueba masivamente las suyas dirigidas contra los genotipos 16 y 18; una de ellas protege contra dos genotipos adicionales, el 6 y el 11, que son los causantes de los condilomas genitales. La razón que aducen para incluir estos dos genotipos es que la prevención de los condilomas podría incentivar a los varones a vacunarse. La protección que brinda la vacuna es prácticamente de 100% para evitar las infecciones crónicas por las variedades cancerígenas del virus. Por supuesto que quedan muchas interrogantes: ¿Quiénes deberían vacunarse? ¿Las adolescentes? ¿Las mujeres mayores? ¿Los varones? ¿Todos o sólo los de alto riesgo? ¿Cuánto dura la protección de la vacuna? ¿Debería empezarse por los países en desarrollo? ¿Quién financiará el programa de vacunación?

Comoquiera, se vislumbra una nueva esperanza contra este devastador mal.

Dolor de cabeza por abuso de analgésicos

Muchas personas padecen dolor de cabeza. Más que una enfermedad, es un síntoma de diversas enfermedades. Aunque ciertamente puede obedecer a causas graves, como tumores del sistema nervioso, hemorragia intracraneal, cisticercosis cerebral o hipertensión arterial, por fortuna en la mayoría de los casos no se debe a ellos, ni pone en peligro la vida, aunque siempre perturba las actividades cotidianas y genera aprensión y temor en mayor o menor grado.

La mayor parte de los casos de dolor de cabeza o cefalea (también se le llama cefalalgia) corresponden a una de dos causas: migraña (o jaqueca), con sus muchas variantes, o bien contractura de los músculos del cráneo: si es en las regiones temporales provoca dolor en las sienes, y si es en las occipitales lo produce en la nuca. Esta contractura suele deberse a tensión emocional, concentración psíquica prolongada e intensa, dificultades visuales o problemas articulares en la columna cervical.

Los dolores de cabeza se manejan con medicamentos cuando otras medidas no son suficientes. En el caso de la contractura muscular, la aplicación de calor en las áreas de dolor, los ejercicios de relajación y la corrección de los defectos visuales pueden ayudar. Algunos casos de migraña mejoran si se suprimen ciertos alimentos (vino tinto, chocolate, café, quesos) y se evita la exposición a la luz intensa. Entre los medicamentos que ayudan a aliviar el dolor por contractura se utilizan los relajantes musculares y los analgésicos. Contra la migraña también sirven los analgésicos comunes y un grupo particular de medicamentos que se han identificado como “antimigrañosos”, y que incluyen a la ergotamina y los triptanos. Se pueden utilizar de dos maneras: para interrumpir un ataque de mi-



graña cuando empieza o para evitar su aparición, lo que implica su consumo prolongado. Otros medicamentos que pueden reducir los ataques de migraña son los betabloqueadores, los antidepresivos, algunos anticonvulsivos y otros vasoactivos.

Entre las causas de dolor de cabeza se ha destacado hace poco una enfermedad relativamente nueva que se ha denominado “cefalea por abuso de medicamentos” (*medication-overuse headache, o MOH*) y a la que se le atribuye la mayor parte de los casos de cefalea de larga duración. También se le llama “cefalea inducida por drogas” y “cefalea por rebote de analgésicos”. Por mucho tiempo fue una entidad controvertida, pero ahora la Sociedad Internacional de Cefalea (*International Headache Society*) define a la MOH como una cefalea crónica (que se presenta más de 15 veces por mes), asociada con la ingestión de analgésicos o ergotamina (más de 15 veces por mes por lo menos durante tres meses) y que desaparece al suspender los medicamentos.

El dolor suele ser diario o casi diario, sin una severidad, tipo o localización preferentes. Con cierta frecuencia aparece temprano en la madrugada, entre las 2 y las 5 de la mañana; se incrementa con esfuerzos físicos o intelectuales menores; tiende a acompañarse de cansancio, náusea y otros síntomas gastrointestinales, inquietud, ansiedad, irritabilidad, dificultad para concentrarse y mal humor. Hay algunos indicios de que implica una cierta adicción a los analgésicos, como son la tolerancia (necesidad de tomar cada vez dosis mayores) y el desarrollo de síntomas de supresión al suspender bruscamente los analgésicos, pero con mejoría al hacerlo

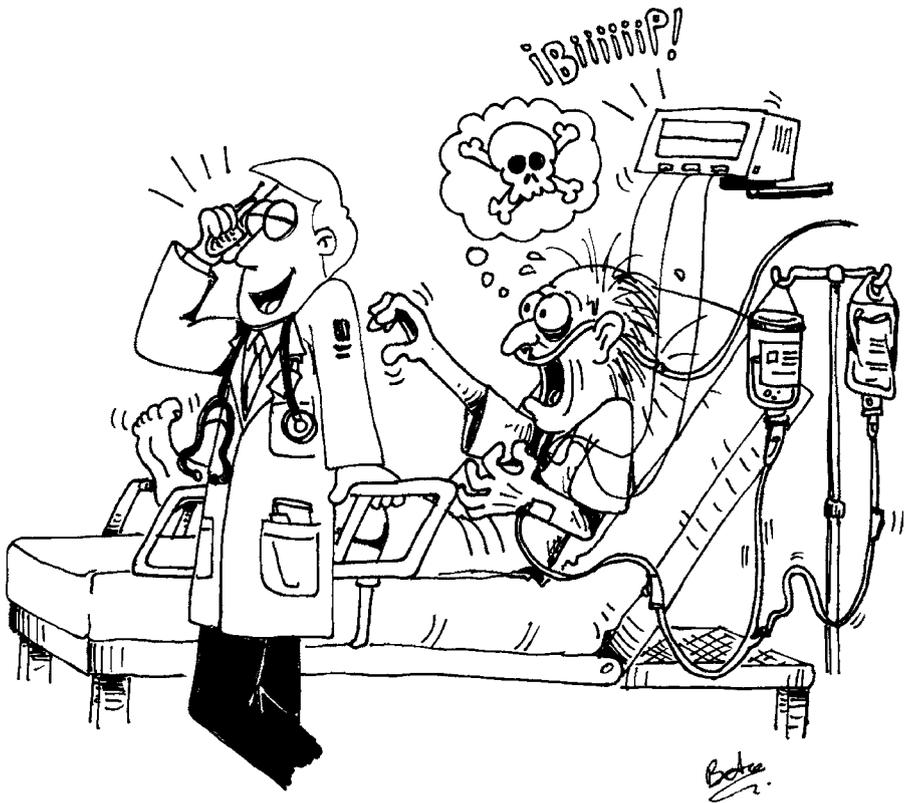
lentamente. La “desintoxicación” puede tardar de 8 a 12 semanas. Se calcula que ocurre en 1% de la población (1.3% en mujeres y 0.7% en hombres), aunque en algunos países es aún más frecuente. Los pacientes tienen en promedio 35 años tomando medicamentos, y ha habido quien tomaba 30 tabletas al día.

No se sabe bien por qué se produce, pero parece tener que ver con una modulación anormal de los neurotransmisores, particularmente la serotonina. En todo caso, ilustra algunos misterios de la medicina, como el paradójico efecto de los medicamentos que empeoran lo que pretenden curar —y que ocurre también con otros fármacos—, los círculos viciosos en que se puede caer en la terapéutica considerando que cada dosis genera un rebote, la conveniencia de una regla que busque la mínima dosis útil en los tratamientos sintomáticos, el concepto de sobremedicación y las estrategias para considerar, en muchos pacientes, la decisión de reducir o suspender los medicamentos, resistiendo la tentación de aumentar las dosis o de adicionar nuevos fármacos.

Controversia: los teléfonos celulares y la salud

Para la investigación médica no es fácil establecer las relaciones de causa-efecto y poder afirmar que una determinada enfermedad es producida por un cierto agente. Desde hace mucho tiempo se ha planteado que ni siquiera las enfermedades infecciosas obedecen a una causa única, pues, de las muchas personas que se exponen a un microbio determinado, sólo unas cuantas desarrollan la enfermedad y con amplias diferencias en su expresión, lo que traduce que participan otros factores. Hoy se admite que todas las enfermedades son multicausales; por eso no se habla de la causa del infarto del miocardio, sino de factores de riesgo coronario; no es uno solo de ellos el que produce el infarto, sino una combinación. Por eso tampoco se habla de la causa del cáncer; en este caso, las relaciones causales son aún más difíciles de establecer, porque el tiempo que transcurre entre la exposición a un factor y el desarrollo de la enfermedad suele ser de muchos años, de modo que cuando aparece el cáncer ya se ha perdido el recuerdo de haberse expuesto a un agente determinado. Hoy nos parece obvio que el tabaquismo participa en la producción de cáncer pulmonar, pero pasó mucho tiempo antes de que se pudiera comprobar esta asociación. Además, con frecuencia las causas actúan de manera indirecta, de modo que producen algún efecto, y éste puede haber tenido otras causas en secuencia, aunque es la última la que da la impresión de propiciar el desarrollo de la enfermedad, mientras que se pierde de vista su relación con la causa inicial.

Mucho se ha especulado sobre si las microondas que se transmiten y se reciben a través de los teléfonos celulares e inalámbricos pueden generar daños en las estructuras anatómicas cercanas. Ésta es una vieja discusión que no ha terminado.



La asociación que más se ha buscado es con el cáncer, sobre todo porque en condiciones experimentales la radiofrecuencia se ha asociado con linfomas en ratones. Conviene precisar que la tecnología de estos teléfonos no tiene nada que ver con la radiación ionizante —la que sí ha mostrado efecto cancerígeno—, sino que se trata de ondas de radiofrecuencia, que lo más que hacen es elevar un poco la temperatura en su derredor, y en relación con las cuales la cabeza puede funcionar como antena y el tejido cerebral como radioreceptor.

La principal especulación se ha referido a los teléfonos celulares e inalámbricos en la producción de tumores cerebrales. Se han hecho varios estudios que buscan si hay una asociación estadística entre el uso de estos dispositivos y la aparición de tumores cerebrales. La conclusión es que no se ha podido probar convincentemente que exista esta asociación, pero tampoco se ha podido refutar por completo. El asunto ha quedado apenas como una probabilidad lejana, sobre todo en los casos en que los teléfonos se han utilizado en forma intensiva por más de 10 años.

Dado que la parótida está también cerca de donde se coloca el teléfono, se ha buscado recientemente si existe una asociación con el cáncer de esta glándula. La

parótida es una de las glándulas salivales, y se encuentra inmediatamente por debajo del oído detrás de la rama vertical de la mandíbula, en contacto inmediato con el teléfono. Es el órgano que se inflama en las paperas o parotiditis. El cáncer de parótida es relativamente poco frecuente, y se ha asociado con el antecedente de radiaciones ionizantes sobre la glándula, ya sea porque la persona hubiera recibido radioterapia por alguna enfermedad de la cabeza o el cuello, se hubiese sometido a radiografías dentales múltiples o bien a tratamientos con luz ultravioleta en la cabeza o en el cuello. No se ha encontrado relación con el tabaquismo.

En el estudio en cuestión, efectuado en Suecia (publicado en *Occup Environ Med* 2004;61:675-679), se analizaron 267 casos de cáncer de parótida, y se compararon con 1 053 controles (personas de la misma edad y sexo, pero sin cáncer de parótida), pero no se encontró ninguna asociación estadística con el uso a largo plazo de los teléfonos, ya fueran éstos análogos, digitales o inalámbricos. En otras palabras, los pacientes con cáncer de parótida no habían estado expuestos a los teléfonos móviles más que los individuos sin cáncer.

Todo parece indicar entonces que no existen mayores riesgos para la salud por el uso de estos teléfonos, pero las pequeñas dudas que han quedado a partir de los estudios epidemiológicos, algunos resultados en animales y la información teórica obligan a recomendar a los lectores que eviten su abuso.

Más sobre los celulares y la salud

A pesar de que no se ha podido demostrar una asociación estadística entre la exposición a los teléfonos celulares y la aparición de tumores cerebrales o cáncer de parótida, se considera que conviene recomendar a los lectores evitar su abuso, dado que han quedado algunas dudas.

Se han investigado otras enfermedades mediante una metodología similar, es decir, buscando asociaciones estadísticas que permitan formular hipótesis causales. No obstante, tampoco se ha logrado demostrar vínculos con los tumores del nervio acústico, con diversas enfermedades del oído ni con el cáncer de la piel, a pesar de un uso intensivo y prolongado de teléfonos móviles. En un solo estudio se encontró un cierto deterioro cognitivo después de la exposición a campos electromagnéticos similares a los de los teléfonos móviles, pero los resultados son apenas marginales y no del todo convincentes.

Pero hay otro tipo de riesgos para la salud asociados con estos teléfonos. Un grupo de ellos se refiere a la interferencia que puedan tener sobre el funcionamiento de diversos equipos médicos que también se manejan por ondas de radiofrecuencia. En condiciones controladas, en un laboratorio se colocaron y se hicieron funcionar teléfonos celulares cerca de diversos ventiladores comerciales de los utilizados en las unidades de cuidados intensivos, y se constató que se producían problemas en el funcionamiento de los aparatos, e incluso algunos se apagaron, sobre todo si los teléfonos se colocaban a menos de 30 cm y timbraban. Existe un reporte de la muerte de un paciente causada por la interferencia electromagnética de un teléfono celular que apagó su respirador. En un estudio en 100 pacientes con marcapaso cardiaco artificial se encontró que el teléfono provocó una disfun-

ción en dos casos, pero sólo cuando se colocó, encendido y funcionando, directamente sobre la caja del marcapaso, situación que no suele ocurrir en la práctica. Comoquiera, los fabricantes de marcapasos han cambiado la sensibilidad de sus aparatos para que ya no sean interferidos por los teléfonos móviles, de tal modo que se puede decir que ha desaparecido este riesgo. Recientemente, un grupo de investigadores australianos revisó todo lo publicado acerca de la influencia de los teléfonos móviles sobre los dispositivos médicos. Encontraron 317 estudios en los que se habían analizado los efectos sobre monitores, máquinas de diálisis, marcapasos, aparatos de anestesia, bombas de infusión, desfibriladores y otros aparatos. Aplicaron el criterio de considerar que había interferencia electromagnética cuando se llegaba a alterar la operación del equipo médico de tal manera que podía poner en peligro a los pacientes. Una interferencia de este tipo se encontró en 4% de los casos en que se investigó y claramente en relación con la cercanía del teléfono al artefacto médico. Los aparatos que más se alteraron por la cercanía de un celular en operación fueron glucómetros (para medir en casa la cantidad de glucosa en la sangre), respiradores, monitores diversos, marcapasos externos, esfigmomanómetros (para medir la presión arterial) y bombas de infusión (que permiten que una solución se perfunda por la vena a una velocidad constante). La mayoría de los estudios recomiendan ciertas restricciones al uso de los teléfonos móviles en los hospitales, sobre todo que se evite activarlos a distancias menores de 1 m de los equipos médicos y que se delimiten áreas de restricción absoluta.

Todos estos riesgos, si bien pueden ser reales, no parecen muy frecuentes. Pero hay uno muy claro e indudable y que representa el mayor peligro para la salud de los usuarios de los teléfonos: los accidentes de tránsito. El uso de teléfonos celulares mientras se conduce un vehículo interfiere, sin duda, con la capacidad de los manejadores para desempeñarse adecuadamente. La distracción por el uso del teléfono, cuando no es en la variedad “manos libres”, significa un incremento en el riesgo de accidentes. Aunque en la mayor parte de los países está prohibido el uso del teléfono celular mientras se conduce un automóvil, lo cierto es que en todos ellos se pasa por alto esta prohibición, particularmente porque los conductores no tienen advertencia y no perciben el riesgo. Si a esto se añaden otras distracciones que ocurren en una ciudad como la de México, Distrito Federal, como las mujeres que van maquillándose y las personas que leen el periódico, desayunan o comen, y algunas que hasta ven televisión cuando manejan, lo que verdaderamente llama la atención es que no haya más accidentes de tránsito.

La influenza que viene

La Organización Mundial de la Salud ya ha puesto en alerta y el Gobierno mexicano se ha preparado para enfrentar una próxima epidemia de influenza; se prevé que va a alcanzar a todos los países y, por lo tanto, será una pandemia. El estudio de la historia de las epidemias de influenza revela brotes particularmente letales, como el de la llamada “influenza española”, que afectó a buena parte de la población mundial y originó por lo menos 40 millones de muertes entre 1918 y 1919. Con una letalidad menor ocurrieron las pandemias de 1957 (“influenza asiática”) y de 1968 (“influenza de Hong Kong”). Los patrones de variación del virus permiten predecir una pandemia cada 10 o 15 años. Aun sin pandemia, cada año existe cierto número de casos de influenza (aproximadamente 140 000 en México) y muere 1 persona de cada 1 000. Dentro del muy genérico e impreciso término de “gripe” se incluyen muchas infecciones del aparato respiratorio producidas por distintos microorganismos; tal vez los dos extremos sean el resfriado común y la influenza. El primero es una enfermedad relativamente benigna, aunque no deja de tener su importancia epidemiológica y económica, ya que propicia ausentismo laboral y escolar. En personas debilitadas o predispuestas se puede complicar con bronquitis y neumonía. Todavía no es posible su prevención mediante vacuna, porque son muchos los virus contra los que tendría que proteger esta vacuna, además de que cambian con frecuencia su estructura burlando los intentos preventivos. La gente se ha acostumbrado a aceptar que tendrá al menos un episodio de resfriado común cada año y espera pasarla lo menos mal posible mientras sus propias defensas actúan para combatirlo. Los medicamentos que se utilizan en estos casos combaten sólo los síntomas, pero es el propio organismo el que logra resolver la enfermedad.



En el otro extremo está la influenza; si bien se puede considerar también una forma de gripe, origina un cuadro clínico más grave, con fiebre alta, mucho ataque al estado general con postración, tos seca, no siempre catarro y una probabilidad más alta de complicaciones y muerte, generalmente por neumonía. A diferencia de las otras gripes, la influenza sí se puede prevenir con vacunación. De hecho, cuando se habla (incorrectamente) de “vacuna contra la gripe”, en realidad se hace referencia a la vacuna contra la influenza. Esta vacuna sólo protege contra la “gripe grave” y no contra cualquier gripe, sólo contra aquella que es producida por el virus de la influenza. Este virus también suele tener cambios cada año, por lo que la vigencia de la vacuna es apenas por ese periodo, y las personas tienen que vacunarse cada año, de preferencia entre los meses de septiembre y octubre, dado que las epidemias suelen ocurrir entre diciembre y marzo.

Algunas medidas higiénicas pueden ayudar a evitar el contagio. Aunque pueda parecer extraño, la más útil es el lavado de manos, dado que éstas se contaminan fácilmente al tocarse la nariz o la boca, al cubrirse estas regiones durante la tos y el estornudo, y transmiten el virus al saludar de mano a una persona susceptible. Desde luego, también puede ayudar el evitar acercarse a los enfermos y eludir los sitios cerrados donde haya mucha gente (cines, iglesias), porque podría haber al-

gunas personas con la infección, considerando que las hay sin síntomas o con síntomas leves. No se ha comprobado que cubrirse el pecho o usar cubrebocas o bufandas sobre la boca y la nariz efectivamente eviten el contagio. Sirven acaso para identificar de lejos a los enfermos y rehuirlos.

La enfermedad tiene un periodo de incubación corto, de uno a cuatro días, y suele durar de una a dos semanas. Las personas con mayor riesgo de complicaciones son los niños pequeños, los ancianos y los que tienen enfermedad pulmonar o cardíaca previa. Por eso, en vista de que no hay vacuna suficiente para toda la población, se suele proteger a los que tienen estas condiciones.

Hoy por hoy, la mejor manera de prevenir la infección es la vacuna, aunque no protege a 100% de los vacunados. Algunos medicamentos pueden servir si se utilizan antes del contagio o en las primeras horas después de él. Hasta ahora, los que se han utilizado son la amantadina y la rimantadina, que sólo previenen contra un determinado tipo de virus de la influenza y pueden producir trastornos neurológicos en algunos pacientes, sobre todo los ancianos. Hoy se está probando otra clase de antivirales, denominados inhibidores de la neuramidinasa. Los antibióticos no tienen ningún efecto sobre el virus de la influenza, aunque sí ayudan en el combate de las complicaciones bacterianas de la influenza. No hay que confundir el virus de la influenza con *Haemophilus influenzae*, una bacteria que produce infecciones diversas y que sí es sensible a los antibióticos.

Lo que no debe hacerse es menospreciar a la influenza, a pesar de que hay casos leves. Más vale no considerarla una enfermedad intrascendente e inócua y prepararse efectivamente para la epidemia que viene.

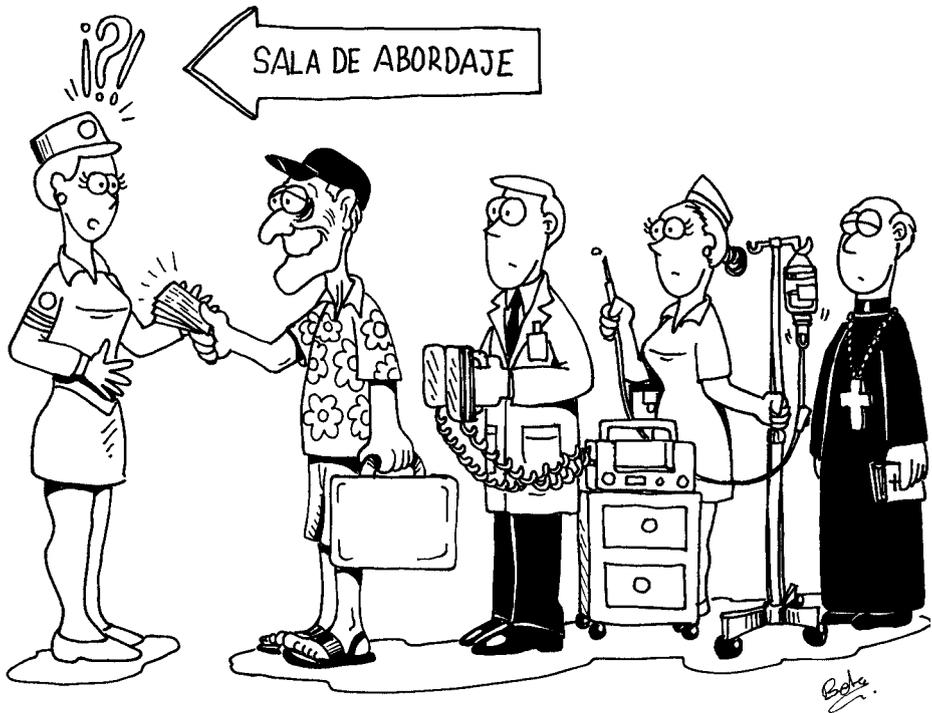
Los peligros de volar (riesgo para la salud en los viajes aéreos)

La aviación es, hoy en día, uno de los medios más seguros para viajar, pues su proporción de accidentes es mucho menor que la de los traslados por carretera. Sin embargo, viajar en avión tiene algunos riesgos para la salud, y conviene que los lectores los conozcan para que tomen sus precauciones.

Aparte de la aprensión o el miedo a volar, de las presiones que significan hoy en día los controles en el aeropuerto y la necesidad de llegar con anticipación en ciudades como la de México —condiciones que sin duda pueden dañar la salud—, del ocasional mareo de traslación y de los cambios en los ritmos circadianos en los viajes transoceánicos (*jet lag*) —algunos de los cuales pueden afectar el horario de los medicamentos de los enfermos crónicos—, hay condiciones de la cabina del avión que pueden desafiar la salud de algunas personas: las más importantes son las bajas presiones barométrica y de oxígeno y los cambios rápidos que ocurren en la presión de la cabina.

Para una persona sana, viajar en avión no suele presentar ningún riesgo para la salud; si acaso, tiene la posibilidad de contagiarse de alguna enfermedad infecciosa, considerando la proximidad de los demás pasajeros y las condiciones de espacio cerrado. Ya se ha demostrado que algunos casos de SARS se contagiaron en los aviones.

Una consulta que con frecuencia se hace a los médicos es si un determinado paciente, enfermo del corazón o de la presión arterial, puede viajar en avión. Aunque ha habido muchos mitos y contradicciones, se puede afirmar que, si la enfermedad está bajo control, los pacientes no tienen ninguna restricción para hacerlo. La tienen los que se encuentran en un frágil equilibrio que depende mucho de las



concentraciones de oxígeno; por ejemplo, los que sufrieron un infarto en las últimas dos semanas o fueron sometidos recientemente a angioplastia o a cirugía de coronarias. No se recomienda que viajen en avión los pacientes con insuficiencia cardíaca descompensada ni con una arritmia no controlada. Algunos pacientes con enfermedad pulmonar avanzada pueden agravarse durante un viaje aéreo.

Mucho se ha hablado de que los vuelos en avión predisponen a la formación de trombos en las venas de las piernas, los que al desprenderse podrían producir embolias pulmonares. Hoy se puede afirmar que en cualquier vuelo de menos de 3 h no existe ese riesgo, y que en los de 8 h o más sólo las personas que tienen alguna otra condición que las predisponga para ello tienden a desarrollar trombosis venosa, como ocurriría en cualquier otra condición en que el sujeto tuviera que permanecer prácticamente inmóvil durante un lapso largo. Cuando se identifica esta predisposición, por ejemplo en sujetos con grandes varices, obesidad importante, que utilizan hormonas o tienen un exceso de glóbulos rojos, se pueden tomar medidas preventivas especiales; para todas las personas es recomendable tratar de movilizarse dentro de la cabina —aunque a menudo la tripulación prefiere que los pasajeros permanezcan sentados con el cinturón abrochado—, o al menos hacer ejercicios con los músculos de las piernas mientras estén sentadas. Esta

trombosis ha sido denominada —inadecuadamente— como “síndrome de la clase turista”, porque los pasajeros de primera clase suelen tener más facilidades para movilizarse.

Los cambios rápidos de presión dentro de la cabina pueden propiciar que se obstruya la trompa de Eustaquio, estructura que comunica el oído con la faringe y lo protege de los cambios de presión. Esto ocurre especialmente cuando las mucosas del aparato respiratorio se encuentran hinchadas, como ocurre en las infecciones. Volar con gripe, por ejemplo, puede propiciar que, sobre todo cuando el avión asciende o desciende, aparezca dolor de oído, zumbido, sordera transitoria y hasta ruptura del tímpano. Se recomienda en estos casos tomar un antihistamínico o un descongestivo antes de abordar el avión. También los orificios que comunican los senos paranasales con la nariz se pueden obstruir y originar dolor facial. La expansión de los gases por el cambio de presión puede producir dolor de dientes (barodontalgia) o distensión abdominal.

El embarazo no constituye una restricción para volar, pero no sería conveniente tener que atender un parto durante el vuelo, por lo que se recomienda que las mujeres con gestación cercana a su término se abstengan de volar, aunque no les hace daño hacerlo.

En resumen, volar es relativamente seguro para las personas sanas, pero cada día viajan más individuos enfermos, algunos para buscar su alivio. Aunque los aviones carecen de un servicio médico, en 85% de los vuelos viaja al menos un médico como pasajero, si bien los botiquines para atender una emergencia son limitados.

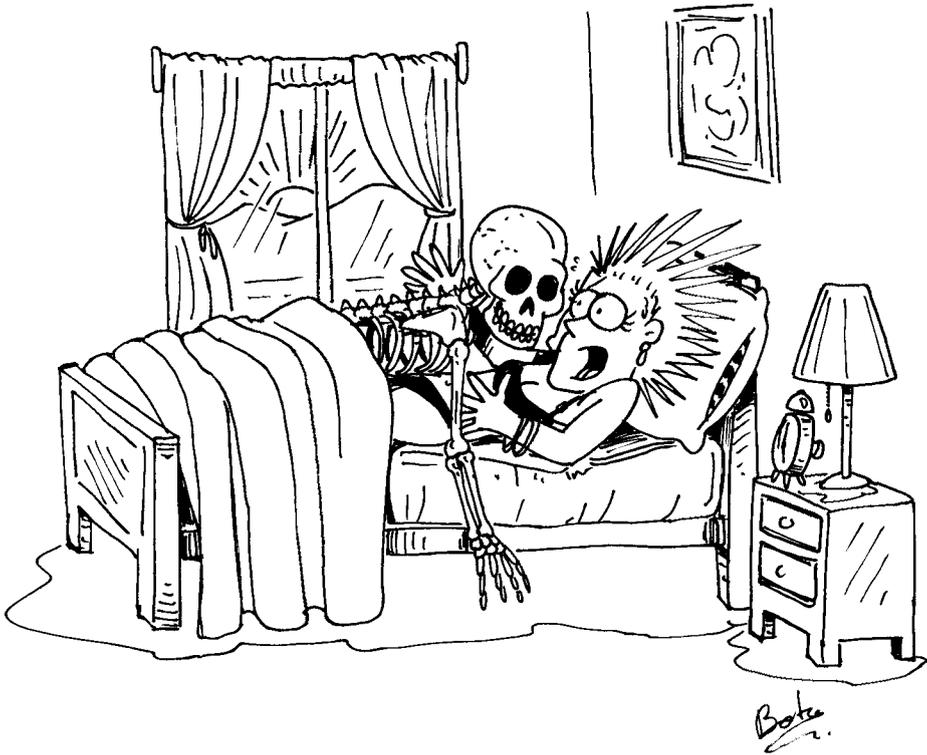
Morir en el acto

Los franceses han llamado al orgasmo “la pequeña muerte” (*la petite mort*), porque parece conducir a una breve separación de la vida, a un aislamiento de la mente, del ego y del mundo, tal y como suponen que sería la muerte verdadera, “la gran muerte”. La actividad sexual ha estado vinculada históricamente con la muerte, sobre todo por las enfermedades de transmisión sexual y por los riesgos obstétricos, como el aborto, la eclampsia y las inserciones anormales de la placenta, todos ellos potencialmente letales. La historia de la sífilis ilustra los vínculos entre sexo y muerte, los que se reeditan con la inmunodeficiencia adquirida, mientras que el indicador de muertes maternas ha sido la marca del subdesarrollo, de la falta de planificación y de la sexualidad irresponsable.

En ocasiones, en el momento culminante del acto sexual —el orgasmo—, ha ocurrido súbitamente la muerte, a lo que se ha llamado, en una traducción libre, la muerte coital o, lo que sería más correcto, la muerte durante el coito. El acto sexual, un acto de vida, a veces se transforma en uno de muerte.

El anecdotario está lleno de casos de hombres que sucumbieron durante la cópula, casi siempre extramarital, pero, como ésta ha sido una situación condenada socialmente, se tiende a mantenerla en secreto. Varios de ellos seguramente tenían enfermedad de las coronarias, conocida o no por ellos, y les ocurrió algo parecido a lo que pasa con las drogas estimulantes, en que por la excitación del momento se pierde la conciencia de los propios límites y se realiza un esfuerzo desmedido.

En un estudio de autopsias realizado en Alemania se identificaron 48 casos de muerte en el coito, que representan apenas 0.18% de todas las autopsias efectuadas en un periodo de 27 años. De las víctimas, 45 eran varones con una edad pro-



medio de 60.6 años, y 25 murieron por un infarto del miocardio; la mitad de ellos ya habían tenido infartos previos. Se había difundido la idea de que la muerte durante el orgasmo se debía con frecuencia a una hemorragia cerebral por la ruptura de una arteria previamente dañada por un aneurisma o alguna otra malformación. Sin embargo, esto no parece verse apoyado por esta estadística, pues sólo en un caso se encontró hemorragia cerebral, y por cierto, en una mujer. Por tratarse de un estudio de autopsias médico-legales, la mayor parte de los casos habían ocurrido durante el sexo extramarital, en prostíbulos u hoteles de paso. No se sabe con que frecuencia se da este tipo de muerte durante la actividad sexual conyugal, porque los casos no suelen llegar a autopsia. En un estudio parecido realizado en Japón se describen 67 muertes durante el coito, con una frecuencia de 0.8% entre las autopsias realizadas; la mitad de estas muertes se debieron también a enfermedad cardíaca.

En las mujeres se ha descrito una rara causa de muerte durante el coito, y es la embolia gaseosa. Ésta es un trastorno en el que una cantidad considerable de aire penetra en los vasos sanguíneos y bloquea la circulación. Hace más de 20 años que se hizo el primer reporte de este trastorno a consecuencia de la insufla-

ción de aire a través de la vagina durante el sexo oral (*cunnilingus*), pero ha habido varios casos que involucran la actividad sexual por penetración peneana, particularmente durante el embarazo o poco después de un parto, y en especial cuando el acto sexual se realiza en posición tal que la pelvis femenina queda en una posición más alta que el corazón. También se ha reportado embolia gaseosa mortal asociada con autoerotismo mediante la introducción de objetos en la vagina. A poco de haberse introducido el sildenafil (Viagra®) ocurrieron algunas muertes relacionadas con el acto sexual, pero exclusivamente en pacientes que tomaban al mismo tiempo medicamentos vasodilatadores, porque la interacción de ambos fármacos es capaz de producir una disminución importante de la presión arterial que puede llevar a la muerte.

Dado que la muerte súbita en general ocurre con más frecuencia durante la noche o en la madrugada, la muerte durante el coito puede ser tan sólo una coincidencia; por lo menos no se ha podido descartar esta hipótesis. Se llegó a pensar, teleológicamente, que la disfunción eréctil de los hombres mayores y la deficiente lubricación vaginal durante la menopausia podrían ser mecanismos de protección para que los individuos de cierta edad no se sometieran al esfuerzo del coito. La disfunción eréctil, en particular, se interpreta ahora como que en muchos casos es una manifestación de daño vascular generalizado que podría abarcar al corazón. Sin embargo, la mayor parte de los expertos no recomiendan la abstinencia sexual en los pacientes cardíacos, a menos que tengan un infarto reciente o insuficiencia cardíaca. Más aún, hay indicios de que la actividad sexual regular puede ser saludable para reducir la frecuencia de muerte cardiovascular.

¿Cáncer o infarto? ¿De qué quiere usted morir?

Las recomendaciones preventivas que tienen que ver con la adopción de estilos de vida saludables pretenden, sobre todo, evitar o retrasar la muerte por enfermedades cardiovasculares, en especial la debida a infarto del miocardio o cerebral. Para ello, la estrategia ha sido identificar y combatir los llamados factores de riesgo de aterosclerosis, y los principales son el sedentarismo, la alimentación inadecuada, el peso excesivo, el tabaquismo, los niveles elevados de grasas en la sangre y la presión arterial alta. De ahí vienen las recomendaciones que hoy por hoy constituyen un estándar: hacer ejercicio con regularidad, cuidar la alimentación de modo que sea la apropiada tanto para reducir el colesterol de la sangre como para evitar el sobrepeso y la obesidad, suprimir el uso de tabaco y consumir cantidades moderadas de alcohol. En algunas personas se adicionan el uso cotidiano de antioxidantes y de Aspirina® en dosis bajas, además de diversos medicamentos según la condición de cada individuo; por ejemplo, para controlar las grasas o la glucosa de la sangre, o para reducir la elevada presión arterial. En el mejor de los casos, todas estas medidas pueden posponer un tanto la muerte por enfermedades cardiovasculares y tal vez alargar un poco la vida, pero, ultimadamente, la gente tiene que morir de cualquier manera, y si esto no ocurre por un infarto del miocardio o cerebral ocurrirá por alguna otra causa. Por eso se ha dicho que estas modificaciones en el estilo de vida lo que hacen no es, por supuesto, evitar la muerte, sino simplemente cambiar su causa.

Al haberse incrementado la esperanza de vida —entre otras cosas, precisamente por las medidas de control de los factores de riesgo cardiovascular—, es natural que aumenten las enfermedades relacionadas con la vejez, y entre ellas

amable, pues la muerte por cáncer suele ser más dolorosa y prolongada y afectar más profundamente la dinámica de las familias.

La muerte por enfermedad cardiovascular, por su parte, puede ser súbita, sin sufrimiento, y hasta sorprender durante un placentero sueño. Es verdad también que muchos infartos cerebrales dejan secuelas que deterioran seriamente la calidad de vida, y que un paciente que sufrió un infarto del miocardio puede tener limitaciones importantes para sus actividades diarias; en esos casos, la enfermedad cardiovascular se comporta como una sufrida enfermedad crónica fatal, pero, en términos generales, la muerte cardiovascular parece más piadosa que la muerte por cáncer.

No hay que interpretar estas líneas como una invitación a eludir las recomendaciones sobre los estilos de vida saludables, a dudar de su vigencia ni a procurar tener un infarto para evitar el cáncer. Tampoco se puede asegurar que la disyuntiva “cáncer o infarto” es inevitable, pues hay muchas otras causas de muerte (la violencia se ha convertido en una importante), y hasta es posible tener las dos cosas, cáncer e infarto. Acaso estas palabras pretendan estimular la reflexión en torno al valor de la calidad de vida en oposición a simplemente una vida más larga, e identificar el valor relativo de las medidas preventivas mejor acreditadas.

El frío y las enfermedades

Aunque México no es de los países que más frío padecen en las épocas invernales, sus habitantes también resienten los efectos de las bajas temperaturas sobre la salud. El frío ha sido clásicamente considerado como causante de enfermedades. Lo más obvio es que aumenta la frecuencia de las infecciones respiratorias agudas, término en el que se incluyen no sólo el resfriado común, sino las faringitis, las amigdalitis, las bronquitis y hasta las neumonías, aunque se tiende a considerar estas últimas más bien como complicaciones. Aunque son enfermedades muy diferentes, agruparlas en un solo rubro ha permitido proponer medidas genéricas de prevención y de manejo. Las razones por las que el frío incrementa el riesgo de infección respiratoria aguda son varias: el hacinamiento de personas en espacios cerrados, lo que facilita la transmisión de microorganismos entre una y otra; la inversión térmica, que propicia la acumulación de contaminantes que afectan las mucosas del aparato respiratorio y las predisponen a la infección, y se ha postulado también un efecto directo del frío sobre algunos mecanismos locales de defensa de la tráquea y los bronquios. Como suele suceder, las personas más susceptibles son los niños pequeños, los ancianos y los individuos cuyo árbol respiratorio ha sido previamente dañado, como los fumadores y ex fumadores y los que tienen enfermedades crónicas como asma o enfisema.

Pero el frío no sólo se asocia con una mayor frecuencia de infección respiratoria aguda, sino también con otras enfermedades. En México no es tan común la muerte por hipotermia, como ocurre en lugares en los que también puede haber mutilaciones por gangrena de manos y pies. Los pacientes con enfermedades reumáticas sufren un agravamiento de sus síntomas, principalmente porque los mecanismos



de termorregulación que se ponen en juego para conservar el calor interno implican un aumento de la actividad muscular, por lo general inadvertido como no sea a través del dolor que provocan. Un grupo de enfermos desarrollan dolor intenso en manos o pies, cuyos dedos se ponen morados o al menos pálidos, porque se compromete la circulación arterial de esas zonas. Esto se conoce como fenómeno de Raynaud, y es característico de algunas enfermedades autoinmunitarias.

Los pacientes con enfermedades del corazón también tienen un mayor riesgo durante el frío, particularmente los hipertensos y los que tienen enfermedad coronaria, pues se incrementa la frecuencia de infarto del miocardio. La piel también sufre con el frío, pues se reseca, y algunas enfermedades cutáneas se reactivan.

Las infecciones gastrointestinales suelen ser más frecuentes en época de calor; de hecho, se hace una distinción epidemiológica gruesa con dos ecuaciones: temporada de calor-diarrea, temporada de frío-infección respiratoria. Sin embargo, la infección por rotavirus, que constituye un problema serio en los niños, es una diarrea de las épocas de frío.

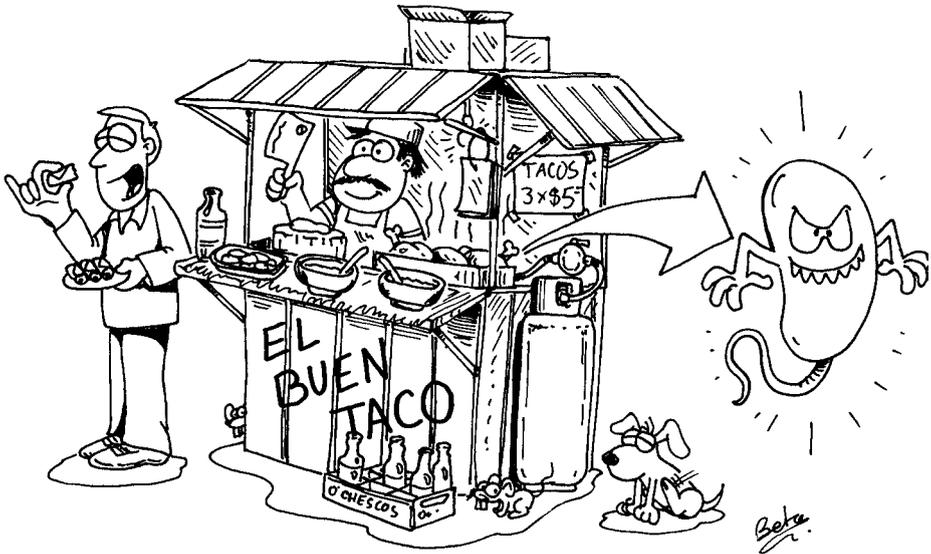
Pero la mayor mortalidad en las épocas de frío se debe a la intoxicación por monóxido de carbono, cuando las personas buscan calentarse y encienden fuego en un sitio mal ventilado, y tampoco son raras las intoxicaciones por butano.

La mayor parte de las personas se protegen del frío intuitivamente o en función del conocimiento que tienen sobre sus riesgos. Los pacientes con enfermedad cardíaca o pulmonar deben evitar hacer ejercicio al aire libre cuando la temperatura ambiente sea baja, y es aconsejable vestirse con capas de ropa que puedan quitarse una por una. Pero hay dos medidas de las que no suele estar consciente la gente y en las que aquí se hará hincapié: usar sombrero o gorro, porque la cabeza es un centro importante de termorregulación, y lavarse las manos con frecuencia, porque muchas infecciones (incluso respiratorias) se transmiten a través de ellas.

Escherichia coli

Seguramente muchos lectores han tenido conocimiento del nombre de la bacteria *Escherichia coli* (se pronuncia *escherijia coli*), ya sea porque apareció en algún estudio de laboratorio o porque lo leyeron en algún texto o diario, y les habrá despertado alguna curiosidad. Se trata de un microbio ubicuo, que habita naturalmente en el intestino del hombre y de animales, y que forma parte del excremento. La cantidad de *E. coli* en el intestino grueso es extraordinariamente grande, de tal modo que se ha considerado un marcador de contaminación fecal. Si en un alimento o en el agua se descubre que hay un número significativo de estas bacterias, se puede decir que están contaminados por excremento, ya sea humano o animal. Esto es precisamente lo que suele ocurrir cuando se hacen pruebas bacteriológicas a los alimentos y bebidas que se expenden en la vía pública y a los que se manejan de manera poco higiénica. Cuando se realiza un cultivo del excremento (coprocultivo), los laboratorios clínicos ya ni siquiera reportan la existencia de *E. coli*, porque se considera parte de la flora normal del colon, al igual que muchos otros microorganismos. En otras palabras: todos tenemos esta bacteria en nuestro intestino, y no sólo no nos hace daño, sino que nos ayuda en algunas funciones.

El problema surge cuando este microbio aparece en otras localizaciones que no son el intestino, y entre las más comunes están las vías urinarias; de hecho, es el microorganismo que más frecuentemente produce infecciones de las vías urinarias, y se piensa que las invaden a partir del excremento. Las mujeres, que tienen una uretra más corta que el hombre y que además desemboca en un área contaminada como es la vulva, tienen una predisposición a que asciendan microbios hacia



la vejiga, de modo que producen cistitis (inflamación de la vejiga) con sus síntomas característicos, como el ardor al orinar y las ganas muy frecuentes de hacerlo en pequeñas cantidades. Casi todas las mujeres padecen un cuadro así al menos una vez en la vida. La infección de la vejiga puede ascender hacia alguno de los riñones y producir lo que se llama pielonefritis (infección del riñón), lo que ya constituye un cuadro más serio. Las pielonefritis de repetición pueden llegar a atrofiar los riñones, a impedir su funcionamiento y a generar la necesidad de diálisis o trasplante.

La *E. coli* puede también infectar heridas y ocasionalmente los pulmones, la sangre y otros órganos. Sin embargo, la mayoría de las cepas de *E. coli* que se aíslan de las infecciones extraintestinales tienen diferencias con la que vive como comensal en el intestino. Hay algunas cepas capaces de producir enfermedad gastrointestinal, particularmente diarrea, a veces con moco y sangre. Hace algunos años hubo una epidemia de diarrea por un tipo de *E. coli* que se denomina 0157:H7 y cuyo origen se encontró en algunas hamburguesas. Todas las bacterias que contaminan la carne tienen más riesgo de infectar a los humanos cuando ésta se ingiere en forma de hamburguesa. La razón es muy sencilla: la contaminación ocurre en la superficie de la carne, generalmente por manipulación descuidada, pero al someterla al fuego las bacterias se destruyen. En cambio, durante el proceso de moler la carne, los microbios de la superficie se introducen en áreas más profundas de la hamburguesa a las que no suele llegar el fuego esterilizador, máxime cuando se comen semicrudas, como les gusta a algunos comensales. Las cepas de *E. coli* capaces de producir enfermedad intestinal (llamadas enteropatóge-

nas) son aún un problema en ciertos países, incluyendo México. En algunos niños, por fortuna muy pocos, se llega a producir una enfermedad grave, frecuentemente mortal, llamada síndrome urémico hemolítico, en la que se destruyen los glóbulos rojos y dejan de funcionar los riñones.

Este microbio, por su abundancia, también ha sido utilizado para la fabricación de fármacos: mediante la ingeniería genética se insertan los genes, por ejemplo, de la insulina, para que la bacteria se dedique a fabricar insulina humana.

En conclusión, con el mismo nombre de *Escherichia coli* se designa a un comensal del intestino humano, un marcador de la contaminación fecal de alimentos, un eficiente colaborador en la fabricación industrial de proteínas, un agente capaz de producir infección de las vías urinarias, peritonitis, infección pélvica, neumonía, infección de heridas, meningitis, infección de válvulas cardíacas artificiales, un productor de toxinas causantes de diarrea y un invasor de la pared del intestino, capaz de originar disentería y el mortal síndrome urémico hemolítico de los niños.

La cafeína y la hipertensión arterial

La hipertensión arterial es una de las enfermedades más frecuentes en los adultos, pues afecta por lo menos a uno de cada cuatro. A pesar de que transcurre inadvertida por mucho tiempo, su importancia radica en que, aun antes de originar síntomas, va minando al organismo, el cual finalmente puede desarrollar enfermedad de los vasos cerebrales, las coronarias y los riñones, entre otras consecuencias. Para identificar a las personas con hipertensión arterial hay que salir a buscarlas, puesto que no se puede esperar que acudan con el médico en busca de ayuda, ya que no suelen tener advertencia de que están enfermas. Para el público, la forma de identificar tempranamente la enfermedad es aprovechar cualquier oportunidad para medirse la presión, aunque se sienta bien.

En la mayor parte de los casos se desconoce su causa. Como ocurre con casi todas las enfermedades —según hoy se sabe—, lo que sucede es que son muchos los factores que concurren para que una persona se vuelva hipertensa; es lo que se llama una enfermedad multicausal. En razón de que no se puede precisar la participación relativa de cada uno de los elementos que concurren como causas posibles, se tiende a denominarlos más bien factores de riesgo. Un factor de riesgo es una condición que se asocia estadísticamente con una mayor propensión a desarrollar una cierta enfermedad. En la hipertensión arterial parece importante la herencia, pues hay familias de hipertensos. El sobrepeso, la obesidad y la diabetes se asocian con hipertensión arterial; en EUA, los individuos de raza negra (o afroamericanos) son particularmente susceptibles a la enfermedad. Casi todos los demás factores de riesgo que se han propuesto no han podido ser lo suficientemente ponderados como para hacer recomendaciones preventivas. Los que más se



han mencionado han sido algunos elementos de la alimentación, como la cantidad de sal (sodio), potasio y calcio, y las tensiones de la vida urbana moderna. Parece ser que la restricción de sal en la dieta ayuda efectivamente a prevenir la hipertensión arterial.

El consumo de cafeína ha sido puesto en la mesa de discusión desde hace mucho tiempo, basándose en una inferencia a partir de lo que se conoce de las acciones farmacológicas de esta sustancia. Si se conocen los efectos de la cafeína pura sobre las funciones cardiovasculares de un animal de experimentación, se puede suponer que su consumo por los humanos tendería a elevar la presión arterial. Sin embargo, esto no se ha podido demostrar, y los estudios que existen parecen más bien avalar que no es necesario restringir la cafeína en los pacientes hipertensos, porque no se obtiene con ello ningún beneficio. Al parecer, las personas desarrollan tolerancia a la cafeína, y los consumidores habituales de café no manifiestan ningún efecto sobre su presión arterial. No obstante, muchos médicos siguen considerando que la cafeína es uno de los factores prevenibles de riesgo para desarrollar hipertensión arterial.

Por otro lado, la hipertensión se va haciendo más frecuente en los jóvenes, y hoy en día se ha planteado la pregunta de si el aumento en el consumo de bebidas

con cafeína por los niños y adolescentes puede tener algo que ver con esta tendencia. En estos grupos de edad no es el café la mayor fuente de cafeína, sino los refrescos, particularmente los de cola. En un estudio muy reciente se observó que un grupo de adolescentes que consumían grandes cantidades de refrescos con cafeína elevaban transitoriamente su presión arterial cuando se sometían a un estrés competitivo.

Recientemente se dio a conocer un estudio en adolescentes estadounidenses (*Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:473-477) que consumían diferentes cantidades de cafeína en forma de refrescos, y se encontró que los de raza negra que consumían más de 100 mg de cafeína al día mostraban una presión arterial más alta que los de raza blanca y que los que consumían cantidades menores de la sustancia, aun cuando no alcanzaron cifras suficientes para hablar de hipertensión arterial. Esto se ha interpretado como que la cafeína puede ser una causa contribuyente de hipertensión arterial en adolescentes, o bien como que el consumo de bebidas con cafeína es un marcador de un estilo de vida que puede influir en el desarrollo de hipertensión arterial.

Comoquiera que se vea, habría que identificar que los adolescentes consumen cantidades considerables de cafeína aun cuando no tomen café, y que en los que son susceptibles —tal vez por predisposición genética— esta cantidad de la sustancia o los patrones de conducta que se asocian con su ingestión podrían influir en el desarrollo de la hipertensión arterial.

Los virus dentro de nosotros

Estamos acostumbrados a pensar en los agentes infecciosos como en seres independientes que invaden nuestro cuerpo y libran, contra nuestros mecanismos de resistencia, una lucha en la que casi siempre triunfamos, a veces con la ayuda de medicamentos. Este esquema es cierto para algunas infecciones, aunque no para todas. Muchos microbios habitan dentro de nuestro organismo, no sólo sin generarnos daño sino muchas veces ayudándonos en nuestras funciones. En la boca, la nariz, la piel, el intestino grueso y la vagina vive una gran cantidad de bacterias. En la vagina, por ejemplo, algunas de ellas generan productos ácidos que evitan que otros microbios se desarrollen. En el intestino grueso, las bacterias (la llamada flora intestinal) producen la vitamina K que necesitamos y contribuyen al metabolismo de las sales biliares. Ocasionalmente estos microbios que viven con nosotros invaden y se reproducen en los tejidos y originan infecciones, que en este caso son de origen interno.

Con los virus ocurre algo peculiar. Diversas infecciones suponen tan sólo la activación de un virus que ha vivido dentro de nuestro organismo en estado latente por mucho tiempo; un buen ejemplo es el herpes bucal, que sólo se activa cuando las circunstancias se vuelven propicias; por ejemplo, cuando hay fiebre. Coincidiendo con la elevación térmica, varias personas desarrollan los famosos “fuegos” en la boca; el hecho de que al cabo de unos días desaparezcan estos fuegos no significa que el virus del herpes haya sido erradicado del cuerpo, sino que volvió a su estado latente. Algo parecido ocurre con el herpes genital, una enfermedad de transmisión sexual que puede permanecer dormida por meses o años y un buen día se reactiva, produce dolor y vesículas y vuelve a la persona conta-



giosa, tanto hacia su pareja sexual como, en el caso de las mujeres, hacia un bebé que atravesara su canal del parto. Otro buen ejemplo es el virus de la varicela; muchos de los adultos actuales (si no es que casi todos) padecieron varicela durante la infancia; en ese tiempo no existía ningún medicamento antiviral eficaz, y fueron las defensas del cuerpo las que permitieron superar la enfermedad. Al cabo de algunos días con fiebre las lesiones cutáneas desaparecieron, pero esto no significa que el virus de la varicela se hubiera eliminado del cuerpo, sino que permaneció latente en los ganglios nerviosos (pequeñas estructuras cercanas a la columna vertebral y al cráneo en las que se encuentran los cuerpos neuronales de nervios y raíces nerviosas). Cuando las circunstancias les son propicias, estos virus se activan para producir una enfermedad, que ya no es varicela sino herpes zoster, que se caracteriza también por lesiones cutáneas, pero ahora dolorosas y localizadas en el territorio de la piel inervado por la raíz o el nervio correspondiente a las neuronas del ganglio en el que se activó el virus. Recientemente se ha encontrado también una asociación entre la activación del virus de la varicela y los brotes de actividad de la esclerosis múltiple, una enfermedad crónica del sistema nervioso central hasta ahora de causa desconocida. Muchos casos de pa-

rálisis facial parecen estar relacionados con la activación del virus varicela-zoster del ganglio geniculado.

Hay otros virus que también tienen este comportamiento; se ha encontrado infección latente por virus de Epstein Barr, el que se considera causante de mononucleosis infecciosa y algunas formas de cáncer; por virus del papiloma humano, que está relacionado con el cáncer del cuello de la matriz; por citomegalovirus, que se ha involucrado en varias enfermedades de los pacientes con compromiso inmunitario, y por varios más. Muchas personas albergan en su interior algún virus de la hepatitis, a veces sin que le generen daño. En las células de pacientes con algunas enfermedades de causa desconocida (como el lupus eritematoso y la artritis reumatoide) se han identificado partículas virales, y hay una relación entre los virus internos y los oncogenes, fragmentos de DNA de los cromosomas vinculados con la aparición de algunos tipos de cáncer. Los virus dentro de nosotros pueden ser la causa hasta ahora desconocida de muchas enfermedades misteriosas.

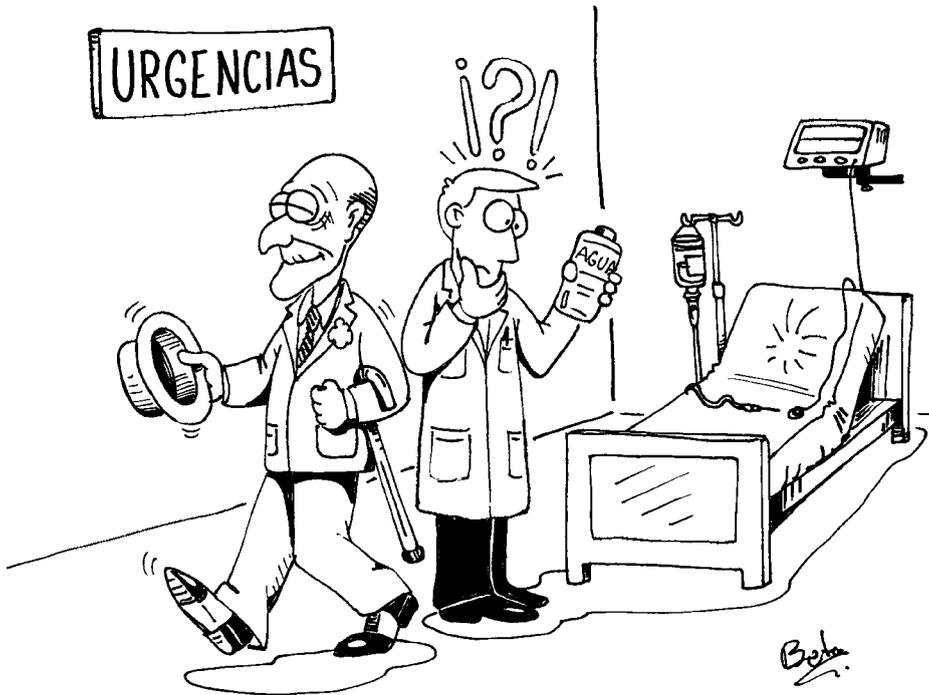
Nuestro cuerpo es entonces un escenario, un verdadero zoológico o jardín botánico en el que viven y se desarrollan microbios con los que hemos logrado una convivencia pacífica. Ocasionalmente se rompe el equilibrio y se producen enfermedades, más bien por activación de esta flora interna que por invasión externa. Los virus, por ser fragmentos de ácidos nucleicos, ubicados en el límite entre lo vivo y lo no vivo, se incorporan al microambiente celular, y eventualmente encuentran condiciones para apoderarse de la maquinaria reproductiva y expresarse.

Aunque que los remedios verdaderamente útiles no tienen más de 150 años, la práctica médica tiene unos 25 siglos. Por mucho tiempo se utilizaron medidas que hoy se sabe que no tienen eficacia alguna. Esta paradoja, la de la pervivencia de una profesión milenaria a pesar de la ausencia de efectos curativos científicamente demostrables, se explica por dos condiciones:

1. La tendencia de muchas enfermedades a curarse solas, no necesariamente a consecuencia de los remedios empleados, y muchas veces a pesar de ellos.
2. El ubicuo y misterioso efecto placebo, con el que se obtienen resultados terapéuticos con medidas inertes o inactivas.

La palabra “placebo” proviene del latín y tiene que ver con “complacer”. Aunque la capacidad de complacer a los pacientes es, sin duda, un atributo deseable en los médicos, hay toda una controversia sobre la ética de utilizar sustancias inertes o irrelevantes con fines terapéuticos. En la investigación clínica, el uso de placebos es insustituible en muchos casos. Al tratar de probar que un medicamento tiene un efecto farmacológico real se tiene que comparar con el de un placebo, para excluir que el medicamento se comporte como éste. Casi siempre se hace en forma de un estudio llamado “doblemente ciego”, porque ni el investigador ni el paciente saben si se está administrando el medicamento activo o el placebo. Se suele eludir el conflicto ético al informar previamente a los pacientes que podrían recibir uno u otro al azar, con lo que al menos se evita el engaño premeditado.

Conviene distinguir la idea del placebo como un medicamento inerte de la del “efecto placebo”, que corresponde a las consecuencias psicológicas que una in-



tervención terapéutica puede tener. También existe la idea de placebos nocivos (se les ha llamado “nocebos”); por ejemplo, en el siglo XIX, en algunos lugares llegó a pensarse que los tomates eran venenosos, y muchas personas fueron hospitalizadas por “envenenamiento por tomates”.

El uso de placebos en la práctica clínica ha sido un recurso de los médicos por siglos, a veces conscientemente y a veces no. Cada remedio tiene aparejado un componente de efecto placebo, que funciona sobre todo en razón de las expectativas del enfermo. Muchos de los efectos que se atribuyen a las vitaminas, entre ellos el energizante y el euforizante, se deben al efecto placebo, pues se logra lo mismo cuando se administran píldoras inertes si el paciente piensa que son vitaminas. Sin embargo, el uso intencional de placebos por parte de los médicos se ha mantenido relativamente oculto por dos razones: porque significa la posibilidad de un engaño y porque la eficacia de los placebos depende a menudo de la creencia de los pacientes de que están recibiendo un remedio activo.

Una encuesta recientemente publicada realizada entre médicos y enfermeras de Israel mostró que 60% admitieron que utilizaban placebos (53% de los médicos y 71% de las enfermeras). La mayoría (68%) les decían a los pacientes que se trataba de un medicamento real y 17% no les decían nada. Del total, 11% les mencionaban que se trataba de una “medicina inespecífica” y sólo 4% les infor-

maban que era un placebo. Los argumentos de los médicos para utilizarlos variaron: satisfacer una demanda injustificada de medicación, emplearlos contra el dolor (condición en la que funcionan mejor los placebos), para síntomas inespecíficos, para ganar tiempo y hasta como una herramienta para el diagnóstico diferencial entre enfermedades orgánicas y enfermedades psicogénicas o simuladas, argumento este último totalmente desacreditado en el medio científico.

El asunto tiene muchas vertientes de interés, que van desde la explicación del misterioso mecanismo por el que actúan los placebos hasta la ética de utilizarlos considerando que, en el fondo, implican un engaño por parte del médico. Esto último puede enfocarse desde una perspectiva deontológica, considerando que el médico debe siempre decir la verdad al paciente, o una teleológica, que le da valor a la mejoría de los enfermos sin importar los medios que se utilicen.

Lo que parece ser cierto es que los placebos funcionan mejor cuando el paciente tiene confianza en su médico, y el descubrir un engaño puede ser fatal para preservar esta confianza en el futuro. La relación misma entre médico y paciente tiene un efecto placebo que se hace evidente cuando los enfermos perciben que mejoran simplemente al ver al médico y antes de cualquier prescripción.

El efecto placebo es, pues, inherente a la práctica de la medicina, y no necesariamente significa un engaño al paciente; es aprovechar el halo mágico que rodea a los médicos y las circunstancias de la atención médica en beneficio de los enfermos. Si acaso, lo que tendría que cuestionarse es el uso intencional de remedios ineficaces con propósitos ajenos al bienestar del paciente.

Las vivencias de la enfermedad

No cabe duda de que sufrir una enfermedad es una experiencia muy fuerte que a veces deja huella perenne en las personas. Muchos de los acontecimientos significativos de la vida se relacionan con enfermedades, las cuales suelen marcar derroteros en la existencia de los individuos, las familias y los pueblos, y desde siempre han inspirado reflexiones sociales y decisiones políticas que pueden traducirse en la implementación de servicios.

Un testimonio de la importancia que ha tenido la enfermedad en la sociedad se puede ver en la literatura narrativa. Las enfermedades han sido protagonistas de muchas novelas, como *La montaña mágica*, *Ana Karenina*, *La muerte de Iván Illich*, por citar sólo algunas, en las que se significan impactos fundamentales en la vida de los personajes. Virtualmente todos los seres humanos vivimos la enfermedad, en mayor o menor medida, y sólo es a partir de esta experiencia que se le da valor a la salud. La trillada frase de que “nadie sabe lo que es la salud hasta que la ve perdida” es perfectamente cierta.

Por supuesto que no se vive igual una gripe que un cáncer, y que cada paciente siente diferente la enfermedad, pero hay una serie de percepciones comunes, aunque podrían ser de diferente magnitud según la naturaleza del mal y las características del enfermo. Pedro Laín Entralgo, pensador español muerto en el año 2001 a los 93 de edad, controvertido por sus ideas políticas pero reconocido por su capacidad de análisis del acontecer médico, consideraba que hay una serie de percepciones que le dan una dimensión especial a la condición de estar enfermo, y las llamó “vivencias elementales de la enfermedad”. Su propuesta es que en todos los casos existen estas vivencias, independientemente de la enfermedad que aqueje a

las personas y del grado de conciencia que cada paciente tenga de cada una de ellas, y que las diferencias entre uno y otro caso son sólo cuantitativas. Estas vivencias son las siguientes:

Invalidez: todo enfermo es un inválido, aunque lo sea transitoriamente. Mientras está enfermo no puede realizar sus actividades habituales, asistir al trabajo o a la escuela, independientemente de que perciba una mengua en su fortaleza, y, si persevera en mantenerse activo, alguna limitación habrá de sentir.

Molestia: la enfermedad produce en el paciente sensaciones desagradables: dolor, náusea, mareo, debilidad, incomodidades diversas. El tono afectivo de estas molestias tiene el carácter protector de obligarlo a buscar ayuda. Las enfermedades indolentes, que podrían representar una excepción y han resultado las más dañinas, sólo se viven como enfermedad en tanto que generen molestia.

Amenaza: los enfermos se sienten amenazados, ya sea en términos de la posibilidad de perder la vida o de quedar con una secuela o con una enfermedad crónica. Por más leve que parezca una enfermedad, significa para el paciente una advertencia de que corre el riesgo de complicaciones.

Succión por el cuerpo: Laín Entralgo se refiere con estos términos a la percepción selectiva en torno a lo que ocurre en el cuerpo y la relativa abstracción de lo que pasa fuera de él. Su cuerpo tiene prioridad para el paciente, y toda su atención está concentrada en él.

Soledad: los enfermos se sienten solos, aun cuando estén acompañados por muchos familiares y amigos, pues, aunque éstos fuesen razonablemente empáticos, no podrían percibir en su verdadera dimensión lo que el paciente siente. Si a esto se añan los reglamentos de muchos hospitales y clínicas, que restringen las visitas a los enfermos y limitan la posibilidad de comunicación telefónica, el panorama es aún más solitario. Los otros pacientes no suelen resultar compañía, aunque los grupos de autoayuda tienden a compensar esta percepción de soledad y unicidad.

Anomalía: todo enfermo es un anormal, al menos en el sentido estadístico del término. Se diferencia de los demás individuos porque tiene características que escapan del patrón común.

Recurso: la enfermedad es un recurso que cada persona emplea según sus necesidades. Algunos obtienen ganancias secundarias al poder dejar de cumplir ciertas responsabilidades onerosas, otros al sentirse confortados, compadecidos.

Además de estas vivencias comunes, las enfermedades se acompañan de otras que varían según las cualidades del enfermo y la naturaleza de la dolencia; por ejemplo, la esperanza o la desesperanza, la atracción o el temor a la muerte, la socialización de la enfermedad, la aceptación o el rechazo por la familia, las relaciones con el médico y el equipo de salud, la comprensión de los jefes y los subordina-



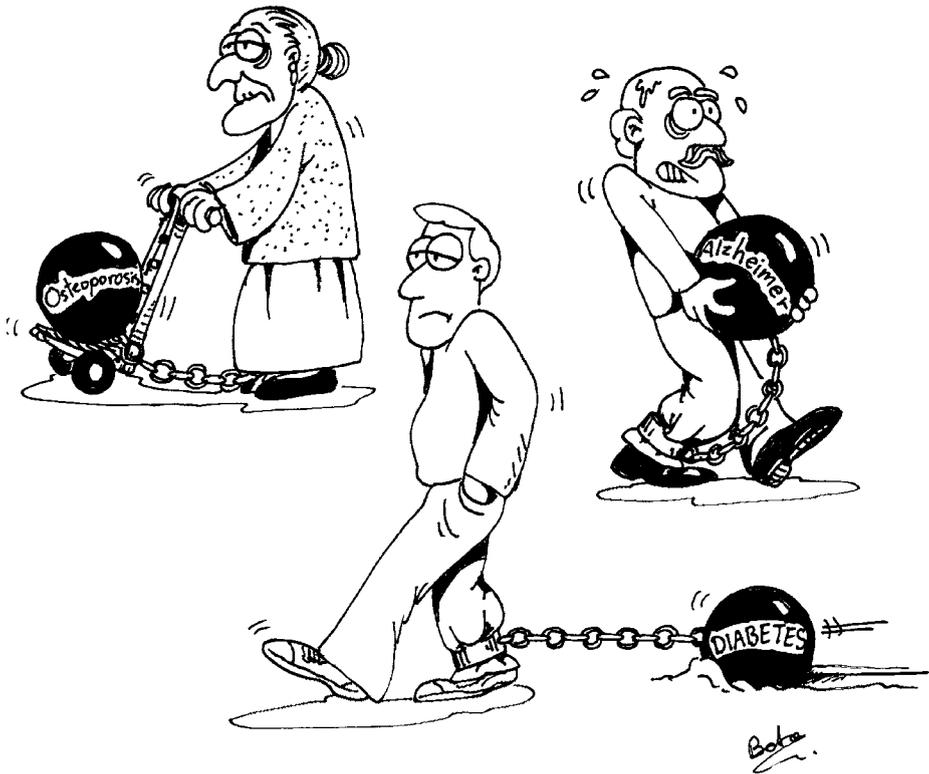
dos, los inconvenientes de los remedios, la agresión por los estudios y tratamientos. Vivir la enfermedad significa un impacto, una desviación involuntaria del destino, una reconsideración de los planes personales, una revaloración de la vida. En todo caso, muy pocas veces es una vivencia superficial o intrascendente.

Las enfermedades crónicas

Una diferenciación tradicional entre las enfermedades ha sido el separarlas según el tiempo de evolución: las agudas, que duran un tiempo corto, y las crónicas, que persisten por un tiempo largo, muchas veces toda la vida. Algunas personas incluyen una variedad intermedia, las enfermedades subagudas. Ciertamente, una enfermedad aguda puede convertirse en crónica y una crónica agudizarse, pero generalmente la naturaleza de la enfermedad es la que define su pertenencia a alguno de estos campos. Más aún, con la misma denominación, el calificativo de aguda o crónica le confiere una naturaleza distinta; es muy diferente una pancreatitis aguda de una pancreatitis crónica, y lo mismo se puede decir de la hepatitis, la prostatitis, la neumonitis y muchas otras.

Pero la distinción trasciende una simple referencia al tiempo de evolución y empieza por su reversibilidad. Muchas de las enfermedades crónicas son, en sentido estricto, incurables, mientras que las agudas suelen ser curables y, en caso de no serlo, también se resuelven de manera rápida, a veces con secuelas y otras con la muerte. Ejemplos de enfermedades crónicas son la diabetes, la hipertensión arterial, la osteoporosis, la enfermedad de Alzheimer y la artrosis, todas ellas con una posibilidad potencial de mejorar con tratamiento, pero estrictamente incurables.

Entonces, una característica de las enfermedades crónicas es que el número de casos se va acumulando. A diferencia de la enfermedad aguda, en la que los enfermos pertenecen sólo temporalmente al conjunto de pacientes y éste sólo crece de manera transitoria, en la enfermedad crónica, una vez que el paciente se incorpora al conjunto de enfermos, ya la única manera de salir de él es con la muerte, de tal manera que este conjunto crece en la medida en que se logra que los pacientes



sobrevivan, y ésta es una de las razones por las que parece que tienen un comportamiento epidémico. Se habla de que vivimos una epidemia de enfermedades crónicas, pero ello no se debe sólo a un aumento de nuevos casos (incidencia), sino a una acumulación de éstos por falta de resolución.

Estamos viviendo una época de enfermedades crónicas. Prácticamente en todas las familias hay un enfermo crónico y se requiere, tanto por parte de los médicos como de los pacientes y la familia, que éstos comprendan las necesidades de aquél.

La parte más importante tiene que ver con el papel del paciente. Mientras que en la enfermedad aguda el paciente se limita a obedecer las instrucciones del médico o a permitir que éste realice maniobras en su cuerpo, en la enfermedad crónica tanto la supervivencia como la calidad de vida dependen de la participación activa del paciente. Por ello, en términos de atención médica, los pacientes crónicos requieren educación más que prescripciones. Un paciente crónico tiene que aprender a convivir con su enfermedad, puesto que ésta lo va a acompañar toda la vida; tiene que saber tomar decisiones ante situaciones inéditas, puesto que no puede contar con la asesoría permanente del médico; tiene que estar preparado para identificar las situaciones de alarma y saber qué hacer en esos casos; tiene

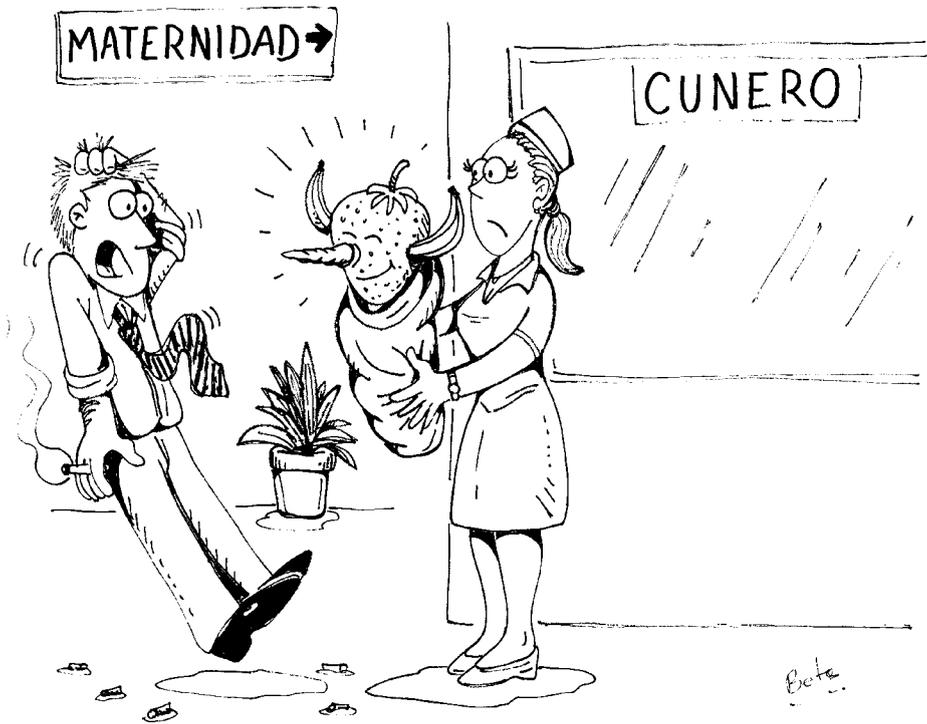
que conocer cuándo debe llamar al médico y cuándo acudir a un servicio de urgencias, porque su vida depende de que tenga esta capacidad. Ciertamente, no puede esperarse el ejercicio de estas capacidades en los pacientes con demencia, pero en esos casos son los familiares los que tienen que estar educados.

Todos estamos habituados al modelo de la enfermedad aguda, en el que el paciente tiene un problema de salud, acude con el médico, éste le prescribe o le realiza alguna maniobra y la enfermedad desaparece. En la enfermedad crónica, la participación directa del médico es menos importante, a menos que adopte la función de educador, y el paciente no puede esperar que la enfermedad se resuelva con una prescripción.

Pica o los antojos insólitos

Se suele decir que entre los síntomas de embarazo están los más inverosímiles antojos, al grado que hasta se habla de ellos como indicio de gestación (“Fulana anda de antojos”). Se agrega que tienden a ocurrir a deshoras, de modo que importunan a los maridos, y que a éstos no les queda más remedio que complacer a sus esposas con tal de evitar que el bebé nazca con la cara del antojo. Uno de los más populares es el de los pepinos con fresas, y como nadie quiere un hijo con cara de pepino y nariz de fresa, hay que salir a la calle en la madrugada para conseguirlos y cumplir el exótico deseo. Es posible que algunas señoras busquen con ello atención y mimos, pero lo cierto es que, más allá de la anécdota, muchas embarazadas lo que tienen es un síntoma que se denomina “pica”, y que les genera un impulso por comer las cosas más sorprendentes y un gusto por ellas.

La pica es una perversión del apetito y no es, desde luego, exclusiva de las embarazadas, pues hay muchos niños y enfermos mentales que suelen comer los materiales más inauditos. Las manifestaciones más comunes de pica son la de comer tierra (geofagia), paredes de yeso, pelos (tricofagia), uñas (onicofagia), hielo (pagofagia), cabezas de cerillos previamente encendidos (cautopirofagia), almidón (amilofagia), piedras (litofagia), papas crudas (geomelofagia), hojas (foliofagia), objetos punzantes (acufagia), hojuelas de pintura, ceniza de cigarro, arena, papel, jabón y hasta excremento (coprofagia). El sufijo *geusia*, que significa “gusto”, puede sustituir al de *fagia*, que significa “comer”. El término “pica” es el nombre que en latín se da a la urraca, un pájaro no sólo parlanchín e inquieto, sino que tiene la costumbre de picar cuanto encuentra, aunque más para acumularlo que para comerlo (recuérdese “La urraca ladrona”, ópera de Rossini). En



otras épocas este síntoma se conoció como alitriofagia (comer cosas extrañas) o alitriogeúsia (gusto por las cosas extrañas), y algunos lo denominan picacismo. Su definición técnica es que se trata de un trastorno del apetito consistente en comer sustancias no nutritivas por un periodo de al menos un mes, en una edad en la que esta conducta es inapropiada de acuerdo con el grado de desarrollo. En los niños menores de dos años de edad, el que a veces comen estas sustancias tiene que ver con la tendencia natural de los niños de esta edad a explorar los objetos con la boca, pero en niños mayores ya no resulta una conducta normal. El concepto se ha extendido a materiales nutritivos, pero bizarros.

Clásicamente se ha considerado que la pica es síntoma de un trastorno psiquiátrico, y ciertamente ocurre en algunos enfermos mentales, como los esquizofrénicos y los autistas. Sin embargo, también aparece en personas que no tienen ningún otro indicio de enfermedad psiquiátrica, como las mujeres embarazadas. Esto ha hecho postular hipótesis que la relacionan con trastornos nutrimentales. Un pensamiento teleológico simple la atribuye a la tendencia del organismo a satisfacer instintivamente sus carencias, y así, por ejemplo, comer yeso sería una forma de resolver una deficiencia de calcio como expresión de la sabiduría del cuerpo, aunque lamentablemente esto no parece cierto. La hipótesis más aceptada es la que

la vincula con deficiencia de hierro, pues desde hace muchos años se la reconoce dentro del cuadro clínico de deficiencia de este metal. Esta hipótesis tiene sentido, pues ocurre con frecuencia en niños parasitados (aunque no se sabe si es causa o efecto de la parasitosis) y en mujeres embarazadas, las que por naturaleza tienden a la deficiencia de hierro, dado que el feto consume una buena cantidad de las reservas que tienen ellas en su cuerpo. Además, muchos pacientes con pica mejoran con la administración de hierro. También se ha atribuido a deficiencia nutricional de zinc, aunque hay menos pruebas de esto.

La pica, particularmente la geofagia, es frecuente en los niños e implica ciertos riesgos, entre ellos las parasitosis, particularmente toxocariasis, toxoplasmosis y trichiuriasis. Otra consecuencia es la desnutrición si los materiales ingeridos sustituyen a los alimentos. Dado que varias de las materias que se comen no son digeribles por los seres humanos, se pueden acumular en el estómago formando verdaderas masas que se confunden con tumores. Estos seudotumores se conocen como bezoares (tricobezoar en el caso de pelos, fitobezoar en el caso de fibras vegetales), término que hace referencia a una piedra mágica de la tradición persa (piedra bezoar) que se utilizaba como antídoto. También se pueden producir hemorragias gastrointestinales, intoxicaciones y otros problemas digestivos.

Los antojos insólitos, entonces, no siempre son caprichos o demandas de atención; tampoco son sólo conductas curiosas o travesuras de los niños. Pueden tener un significado como expresión de enfermedad, y con frecuencia implican claros riesgos para la salud.

El término significa “falta de apetito” (*orexis* en griego quiere decir apetito), y como tal es un síntoma de muchas enfermedades, físicas y psicológicas. Tan propia es de la enfermedad que existe el dicho popular de “enfermo que come y mea, el diablo que se lo crea”. La restauración del apetito, por su parte, suele ser uno de los primeros indicios de que un paciente se está recuperando, y se les insiste mucho a los enfermos que traten de comer porque con ello mejorarán, aunque hay obviamente una confusión entre causa y efecto.

La palabra se ha extendido hacia la llamada *anorexia nervosa*, también conocida como nerviosa o mental, un trastorno de la alimentación de fuerte contenido psiquiátrico que produce un adelgazamiento progresivo hasta la emaciación. Curiosamente, no se caracteriza por falta de apetito, sino que es un trastorno de la autoimagen en el que el paciente (frecuentemente una mujer joven) se sigue sintiendo y viendo gordo, a pesar de que todos los que lo rodean se percatan de que es casi un esqueleto, y en razón de esta percepción desarrolla conductas anormales, como negarse a comer, ingerir purgantes y diuréticos, hacer ejercicio excesivo, utilizar medicamentos supresores del apetito e inducirse el vómito después de comer. Esta última conducta es común en una variante de la *anorexia nerviosa* que se suele denominar *bulimia*. El término tampoco es muy afortunado, pues estrictamente equivale a *hiperorexia*, lo contrario de *anorexia*. Etimológicamente quiere decir “hambre de buey”, hambre insaciable, y si bien los pacientes que se inducen el vómito después de comer ingirieron a veces, efectivamente, grandes cantidades de comida, esta variante de *anorexia nerviosa* se caracteriza más bien por el vómito autoinducido y el uso de laxantes con el propósito de evitar el au-



mento de peso, que por una ingestión excesiva de alimentos. Algunos han propuesto la palabra híbrida “bulimarexia” para referirse a este trastorno y diferenciarlo del hambre voraz. También se utiliza el de *bulimia nervosa*. Parece ser que variantes menores, como la de provocarse el vómito después de comer para no engordar, pero sin que se configure el trastorno de percepción de la autoimagen, son bastante comunes. Circula la anécdota de que en el baño de mujeres de una escuela para alumnos de alto poder adquisitivo de la ciudad de México, la tubería ha sufrido averías como consecuencia del efecto corrosivo del ácido gástrico proveniente de los múltiples vómitos que depositan las estudiantes.

No se sabe si ha aumentado la frecuencia de la anorexia nerviosa y sus variantes en los últimos años, o lo que ocurre es que ahora se piensa más en ellas y, por lo tanto, se hacen más diagnósticos, pero no es difícil que exista un verdadero aumento de incidencia. Se ha dicho que la presión social por mantenerse delgado es una de las razones de este incremento, pues un número considerable de adolescentes que enferman de este mal fueron previamente obesas o tuvieron sobrepeso. Puede ser que un equivalente masculino sea el de los muchachos que hacen ejer-

cicio excesivo, obsesivamente, pues al menos tienen similitudes psicológicas con las chicas anoréxicas.

La anorexia nerviosa es una enfermedad grave que puede llegar a ser mortal. Al trastorno psiquiátrico y la desnutrición extrema se agregan los efectos del abuso de laxantes y diuréticos y, en su caso, de los vómitos autoprovocados, como pueden ser esofagitis, faringitis y descalcificación de los dientes por el ácido clorhídrico gástrico, una especie de callosidades en los dedos con los que se induce el vómito y crecimiento de las glándulas salivales. Los diuréticos pueden producir disminución del potasio con arritmia y hasta paro cardíaco. La desnutrición altera todo el funcionamiento del organismo, en particular el sistema endocrino, y estas mujeres dejan de menstruar. Se ha dicho que la falta de menstruación de las bailarinas profesionales sumamente delgadas puede tener que ver con un trastorno similar. Hay un aumento de vello corporal de tal manera que estas pacientes, cuando alcanzan un estadio avanzado, tienen una fisonomía característica: ultradelgadas, velludas y con las parótidas (debajo de las orejas) crecidas.

Muchas pacientes tienen otras enfermedades psiquiátricas asociadas, como depresión, trastornos de personalidad, adicción a drogas, conducta autoagresiva y disfunción familiar. No sirve de nada tratar de convencer a las enfermas de lo irracional de su conducta; mucho menos sirven los castigos y amenazas, ni los premios o recompensas. El tratamiento es mucho más complicado y requiere la participación inteligente de psiquiatras, nutriólogos, endocrinólogos y la familia en clínicas especializadas. Se puede decir, sin embargo, que hoy en día es un trastorno curable si se tiene acceso a estos tratamientos multidisciplinarios, pero no deja de ser una enfermedad dramática y un mal propio de nuestra civilización occidental contemporánea.

El término proviene del griego y significa debilidad generalizada, una de las molestias que más afligen a los pacientes. En inglés se le llama *fatigue*, pero en español la palabra “fatiga” tiene también otros significados, como cansancio, agotamiento, falta de aire o jadeo por un esfuerzo, y hasta náusea, por lo que se prefiere utilizar el término astenia.

Aunque es uno de los síntomas que más aquejan a los enfermos, es también el más inespecífico, porque no se asocia con ninguna enfermedad en especial, sino que lo hace con casi todas. Cuando un paciente se queja de astenia, puede tener virtualmente cualquier enfermedad, física o psicológica, pues todas la cuentan entre sus síntomas. Sin conocer su causa es difícil atender la molestia, puesto que no existen remedios que en todos los casos aumenten la percepción de fortaleza, a pesar de la inmerecida fama que tienen las vitaminas, las fórmulas “energizantes” y los alimentos, todos los cuales acaso tengan un efecto psicológico como placebos. Mientras no se encuentre la enfermedad que subyace a la astenia, no se podrá resolver ésta. La presencia de síntomas adicionales como fiebre, palidez, orina oscura y otros es lo que generalmente ayuda en esta búsqueda, pero muchos pacientes no los tienen o tienen otros que también son inespecíficos, como falta de apetito, baja de peso o abatimiento.

La astenia puede ser la manifestación predominante de una depresión. Ésta es un trastorno muy frecuente en estos días; afecta a 7.8% de los adultos, y más a las mujeres que a los hombres. Detrás de la astenia puede haber una depresión, sobre todo si se acompaña de apatía, sensación de minusvalía, desesperanza, trastornos del sueño, del apetito y de la función sexual. Muchos pacientes con hepatitis sólo



experimentan astenia, pues, a diferencia de lo que muchos creen, la mayor parte de las hepatitis no provocan la característica coloración amarilla de la piel y las conjuntivas (ictericia). También la diabetes y el cáncer se pueden manifestar tan sólo por debilidad generalizada.

En los últimos años se ha popularizado una enfermedad que se conoce como “síndrome de fatiga crónica”, o SFC (en español debería ser “síndrome de astenia crónica”), cuya naturaleza es bastante misteriosa. Dado que una astenia de larga duración es un asunto bastante corriente por las muchas enfermedades que la producen, se han tenido que definir criterios para no calificar como SFC a las depresiones, hepatitis crónicas, diabetes o al cáncer, al cansancio laboral, el aburrimiento, el estrés prolongado, el desinterés y la simple pereza, puesto que aducir que se padece un SFC constituye el pretexto perfecto para eludir responsabilidades.

Para considerar que una persona tiene SFC, la astenia debe durar por lo menos seis meses, no tener una causa obvia, no depender de haber realizado actividad física continua o prolongada, no mejorar con el reposo e interferir con las actividades profesionales, laborales, educativas, sociales y personales. Pero también debe mostrar por lo menos cuatro de los síntomas que suelen acompañar a la astenia, como son defectos en la memoria reciente, en la capacidad de concentración, dolor de garganta, ganglios dolorosos en el cuello o las axilas, dolor muscular o articular pero sin aumento de volumen, dolor de cabeza con un patrón nuevo o una intensidad mayor de los que solía tener, sueño no reparador y un malestar que se prolonga por más de 24 h después de hacer alguna actividad física. Algunos pacientes tienen, además, ligera elevación de la temperatura (febrícula), cambios en el peso corporal y lesiones cutáneas parecidas a las del sarampión. Probablemente no se

trate de una enfermedad nueva, pues se han descrito casos como éstos por lo menos desde 1860.

Hay muchas hipótesis que pretenden explicar el SFC: una infección persistente, un trastorno de las glándulas de secreción interna, una mala función del sistema inmunitario, una variante atípica de depresión con manifestaciones físicas, un trastorno del sistema nervioso autónomo y otras. Los pacientes no han sido suficientemente comprendidos por sus médicos, quienes tienden a pensar en enfermedades psiquiátricas, simulaciones o pretextos, así que han tenido que organizarse en grupos de autoayuda. Hoy en día se están realizando estudios genéticos y moleculares para proponer una prueba de laboratorio que permita un diagnóstico físico. Por lo pronto se han encontrado alteraciones en la regulación genética (*J Clin Pathol* 2005;58:826-832). La hipótesis más viable parece involucrar modificaciones inmunitarias desencadenadas por alguna infección en personas genéticamente predisuestas.

Se acostumbra vincular el sufrimiento con el dolor físico, pero hay sensaciones tan desagradables como él, o más: náusea, falta de apetito, desesperanza, desmotivación, falta de control sobre la defecación o la micción, abandono, soledad y, notablemente, astenia.

Con el sudor de tus manos

El sudor tiene como función principal el ayudar en la regulación de la temperatura, pues, al evaporarse, el cuerpo pierde calor y el organismo se enfría. Si no existiera el sudor no podríamos mantenernos frescos en tiempo caluroso ni después de hacer ejercicio. Existen algunos raros ejemplos de enfermedades en que no se produce sudor; se conocen como anhidrosis y se caracterizan por elevación de la temperatura. Casi todos tenemos la experiencia de que, cuando tenemos fiebre, el inicio de la defervescencia lo marca el sudor, y hasta de manera ingenua se estimula éste con el propósito de bajar la temperatura. Otras funciones del sudor son algo menos importantes. Su capacidad para eliminar toxinas es relativamente modesta; tiene una función lubricante que en algunas áreas de la piel puede ser útil, pero sobre todo es un mecanismo termorregulador para la disipación de calor.

La cantidad de líquido que se puede perder por el sudor podría llegar a ser importante. Los individuos que hacen ejercicio extenuante pueden caer efectivamente en deshidratación si no reponen esta pérdida mediante la ingestión de líquidos. Varios pretendidos tratamientos para adelgazar que se sustentan en el estímulo de la sudación, si bien pueden generar una reducción en el peso y las medidas, lo hacen de manera transitoria, porque éstos se recuperan con la rehidratación. La idea de algunos legos de que la grasa se derrite y se transforma en sudor, y que sudar reduce la cantidad de tejido adiposo, es incorrecta, salvo en la medida en que el ejercicio signifique un consumo de energía.

La humedad de la piel que se produce con el sudor puede favorecer la proliferación de ciertas bacterias y hongos. Por ejemplo, una medida necesaria para curar el pie de atleta (dermatofitosis) es mantener los pies secos. A veces las bacterias



que proliferan en el sudor le confieren un olor peculiar, muchas veces desagradable (bromhidrosis), y otras un color que puede incluso manchar la ropa y que varía del amarillo al café (cromhidrosis). También hay microbios que producen un sudor de color rojo y que han dado origen a las leyendas de personas que sudan sangre.

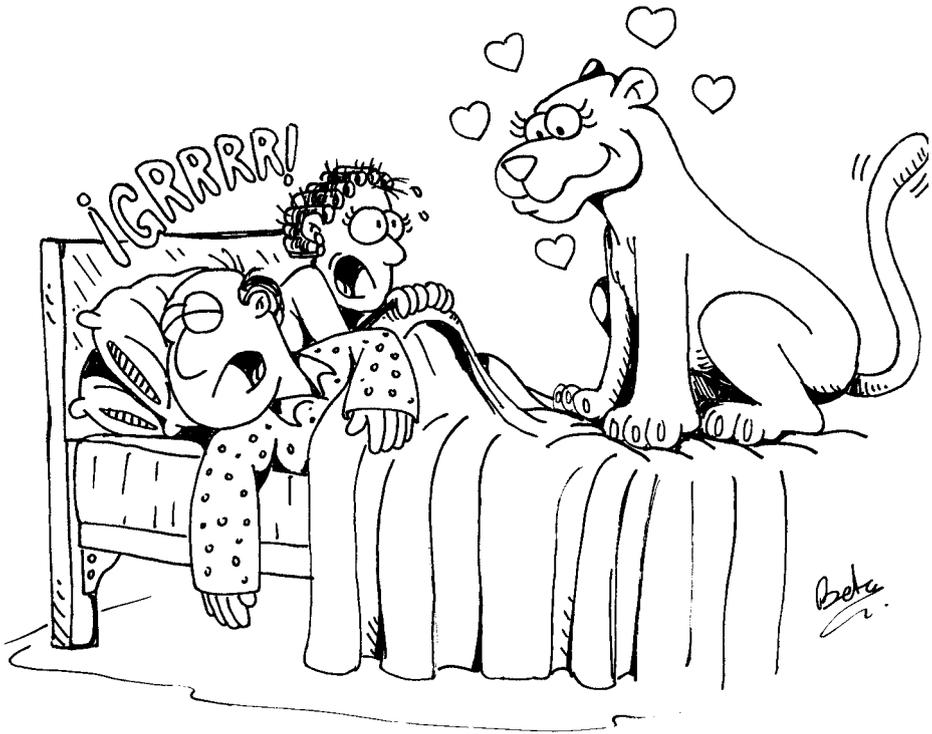
Mucho más común que la anhidrosis es el exceso de sudor (hiperhidrosis), que puede significar un problema importante para las relaciones sociales y el trabajo. Las personas con hiperhidrosis palmar tienen siempre las manos húmedas, más aún cuando se ponen nerviosas, temen saludar de mano y enfrentan el círculo vicioso de que la ansiedad les aumenta la sudación y ésta les crea más ansiedad. Los que manejan materiales delicados, como papel y telas, pueden mancharlos y enfrentar dificultades laborales. Los pacientes tienden a tener las manos frías, y en algunas personas el sudor incluso gotea hacia el suelo. La hiperhidrosis palmar puede llegar a ser tan molesta que algunas personas desarrollan auténticos cuadros depresivos y de aislamiento social, de modo que son capaces de aceptar cualquier remedio por más extraño que parezca. Este trastorno lo reconocen los médicos como uno de los más difíciles de resolver.

El empleo de los antitranspirantes a base de cloruro de aluminio ciertamente puede reducir la producción de sudor en las axilas, pero no suele ayudar en las manos, a menos que se trate de una hiperhidrosis leve. Algunos medicamentos administrados por vía bucal pueden reducir la producción de sudor, pero se tienen que alcanzar dosis que generan efectos colaterales molestos y a veces peligrosos. Un tratamiento llamado iontoforesis, que implica la aplicación de una corriente eléctrica de bajo voltaje a través de una solución electrolítica en la que se remojan las manos, ha dado resultado en unos pocos casos. Los tratamientos alternativos (acupuntura, herbolaria y otros), la hipnosis, el láser, las radiaciones y la psicoterapia no han demostrado ser útiles, si acaso en muy pocas ocasiones. En los casos muy severos, hoy se plantean dos alternativas, ninguna de ellas sencilla: la aplicación de toxina botulínica (el famoso Botox®), que muestra efectos por unos meses pero a un costo muy alto, y la cirugía, en la que se seccionan los nervios del tórax que gobiernan la producción del sudor de las manos, la mayoría de las veces realizada por vía endoscópica, y que tampoco es del todo inocua ni económica. Aunque es muy difícil convencerlos, muchos pacientes terminan finalmente por aceptar su condición y aprenden a vivir con ella.

Significado médico del acto de roncar

Estamos acostumbrados a pensar que roncar es, acaso, un curioso defecto, tema de bromas y chistes, quizá una molestia para el compañero de lecho, pero que podría resolverse con unos tapones en los oídos o un eventual codazo en las costillas para interrumpir el sueño del roncador ruidoso, o bien durmiendo en cuartos separados aunque ello interfiera con la vida conyugal. Parece que 45% de los adultos roncan, al menos ocasionalmente, y que 25% son roncadores habituales. Hasta los niños roncan, sobre todo si tienen problemas nasales, faríngeos o de adenoides. En 12% de los roncadores el ronquido excede los 55 decibeles, el máximo ruido legalmente tolerado al aire libre en algunas ciudades, y puede alcanzar hasta los 90 decibeles.

El ronquido se debe a la vibración que el aire respirado produce sobre las estructuras de la faringe (úvula, paladar blando) en el momento en que, por acción del sueño, se relajan los músculos que mantienen abiertas las fauces durante la vigilia. En el fondo, significa una cierta dificultad para el flujo del aire, que la mayor parte de las veces no tiene consecuencias para el roncador. Pero en algunos casos puede haber una obstrucción total, si bien transitoria, generalmente de no más de 10 seg, aunque se puede repetir entre 30 y 300 veces cada noche. Esto se denomina “síndrome de apnea obstructiva del sueño” (SAOS), tiene consecuencias importantes en la salud de esos individuos y hasta puede poner en peligro su vida. El SAOS no es tan raro, pues se calcula que afecta a 4% de los varones y a 2% de las mujeres, y la incidencia aumenta con la edad. Por supuesto que no todos los que roncan tienen SAOS, pero es necesario identificarlos, porque necesitan atención médica. Es más frecuente en los individuos obesos que tienen el



cuello ancho y corto; los hombres que usan camisas con cuello mayor del número 17 tienen 30% más de riesgo. El ronquido suele ser intenso y el síntoma cardinal es la somnolencia diurna a consecuencia de la fragmentación del sueño, dado que existen múltiples despertares generados por la apnea (interrupción de la respiración) o la hipopnea (respiración insuficiente). Un compañero de lecho observador puede identificar los periodos de apnea como pequeños paros respiratorios, por lo general seguidos de despertares. Para asegurar el diagnóstico, a veces tiene que trasladarse al paciente a un laboratorio de sueño en el que se toman registros durante la noche, los que permiten cuantificar la magnitud del problema. Este diagnóstico obliga a adoptar medidas de diversos tipos, desde el uso de un aparato nocturno de presión positiva continua hasta procedimientos quirúrgicos, porque el SAOS se asocia con hipertensión arterial, enfermedad vascular cerebral, trastornos del ritmo cardiaco, hipertensión pulmonar e insuficiencia cardiaca. Se ha encontrado una mayor frecuencia de diabetes en los roncadores, probablemente por su asociación con la obesidad.

Hay ciertas medidas caseras que pueden ayudar a evitar el ronquido y a disminuir el SAOS. Los individuos con sobrepeso u obesidad pueden mejorar si logran reducir su peso. Conviene evitar el alcohol, los tranquilizantes y los somníferos,

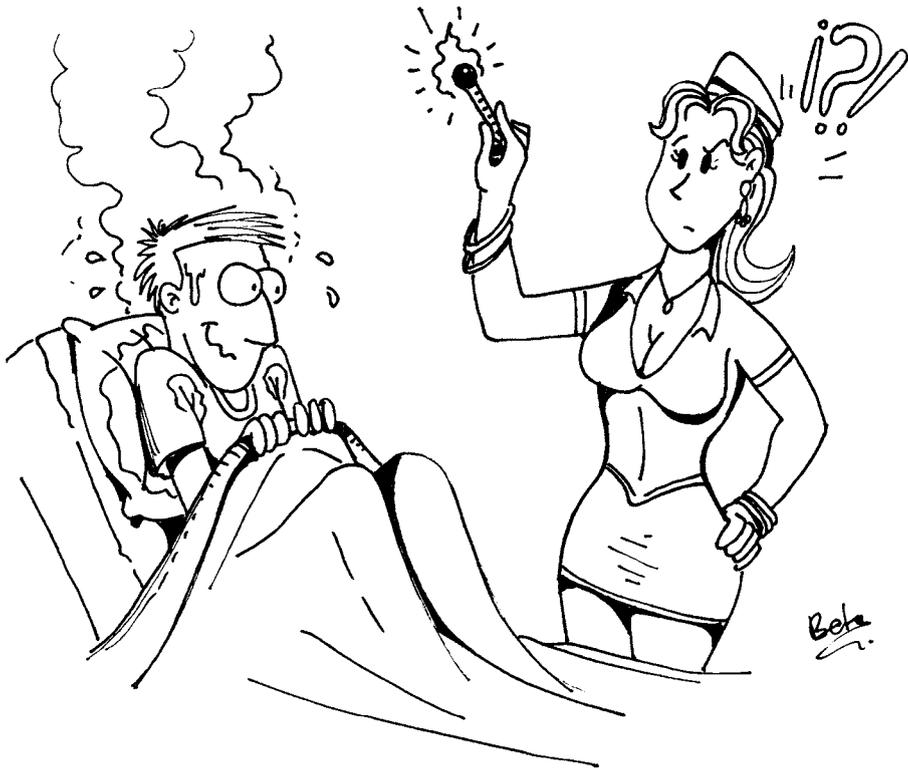
porque aumentan la relajación de los músculos faríngeos y propician el ronquido. Roncan más los que duermen boca arriba (decúbito supino), por eso se recomienda dormir de lado (decúbito lateral). Ésta no es una situación fácil de controlar, porque, una vez dormida, cada persona tiende a buscar la posición que más le acomode o a la que esté más acostumbrada. Por ello se han ideado medidas para evitar el decúbito supino, como coser una pelota de tenis o una nuez en la ropa que cubre la espalda, para que cada vez que el durmiente trate de ponerse boca arriba la incomodidad lo orille al decúbito lateral. El tipo de almohada puede ser importante; no es conveniente una que propicie la flexión del cuello. Los dilatadores nasales y las guardas nocturnas no sirven en la mayor parte de los casos, porque el ronquido no suele deberse a problemas nasales ni a los relacionados con la oclusión bucal.

En resumen, el ronquido no es muchas veces tan sólo un inocente acompañante del sueño. Al ser uno de los síntomas del SAOS, obliga a que se lo vea con seriedad, sobre todo cuando es muy intenso, se asocia con obesidad, hipertensión o diabetes y provoca somnolencia diurna.

Fiebre: ¿amiga o enemiga?

La elevación de la temperatura del cuerpo (hipertermia) suele ser una señal de enfermedad. Después del dolor, es el motivo más frecuente de consulta médica. Aunque puede deberse a varias causas, la más frecuente son las infecciones, de tal manera que se tiende a hacer una ecuación entre aumento de temperatura e infección, si bien también puede deberse a enfermedades inflamatorias, a destrucción de tejidos o a cáncer.

Pero la fiebre es más que el solo aumento de la temperatura. Es, en sentido estricto, lo que se llama un síndrome, entendido como un conjunto de síntomas que suelen ocurrir juntos y que pueden obedecer a diferentes causas. En este caso, el síndrome febril consta de escalofríos al inicio y sudor al final, dolores musculares (lo que se ha llamado “cuerpo cortado” o sensación de haber sido apaleado), aceleración del pulso y de la respiración, perturbación del sueño y del apetito, tendencia al estreñimiento, orina concentrada, piloerección (“piel de gallina”), dolor de cabeza y cierto mareo, entre otros síntomas. Todos ellos se deben a que a la circulación ingresan elementos extraños, frecuentemente microorganismos o sus productos, que estimulan a ciertas células especializadas del cuerpo humano a fabricar una serie de sustancias (citocinas) que se vierten a la sangre y que preparan al organismo para repeler la agresión. Uno de los efectos de estas citocinas, quizá el más visible, es modificar el punto de referencia de un termostato que tenemos en el cerebro, con lo cual se desencadena la elevación térmica. La fiebre es, entonces, la expresión clínica de la activación de un primitivo sistema de defensa, el que existe desde organismos filogenéticamente muy antiguos, lo que supone que representa una ventaja adaptativa.



Hay varias condiciones en las que la ausencia de fiebre es un indicio de gravedad de una infección. Por ejemplo, los pacientes con septicemia (infección generalizada) a quienes no se les eleva la temperatura tienen una mortalidad mayor. Hace varios años se hizo un experimento con iguanas del desierto (*Dipsosaurus dorsalis*), animales poiquilotérmicos, o sea los que tienden a adquirir la temperatura del ambiente porque carecen de un sistema interno de termorregulación y producción de calor, de tal modo que cuando hace frío se enfrían y cuando hace calor se calientan. Cuando estos animales sufren o se les provoca una infección mediante la inyección de bacterias, la manera en que logran elevar su temperatura es migrando hacia un espacio caliente, en lo que se ha llamado fiebre conductual. Pues bien, si a estos animales se les impide la migración y, por lo tanto, la posibilidad de incrementar su temperatura ante la infección, tienen una mortalidad mayor que los que logran desarrollar fiebre. En alguna época se utilizó la fiebre inducida (piretoterapia) para tratar ciertas enfermedades como la sífilis, contra la que no se tenían remedios eficaces. Hoy en día existen tratamientos del cáncer que complementan la quimioterapia mediante un calentamiento del cuerpo en lo que se llama termoquimioterapia.

Si la fiebre es una manifestación de la activación de mecanismos de defensa contra la agresión, la pregunta que inmediatamente surge es si el tratamiento de la fiebre (antipirético), por ejemplo, con Aspirina® u otros medicamentos, interfiere con esta capacidad de defensa del organismo, y si no es más conveniente dejar que la fiebre se manifieste, aunque signifique molestias para el individuo que la padece. La respuesta parece ser que no, que la antipiresis farmacológica no aumenta la gravedad de la infección, con lo que se justifica el uso de medicamentos para reducir la temperatura alta, los que, al menos, disminuyen las molestias que ésta provoca. Por supuesto que el tratamiento de la fiebre tiene que ser el de la infección que la produce, pero mejorar los síntomas puede significar un muy bien apreciado alivio, aunque sea provisional.

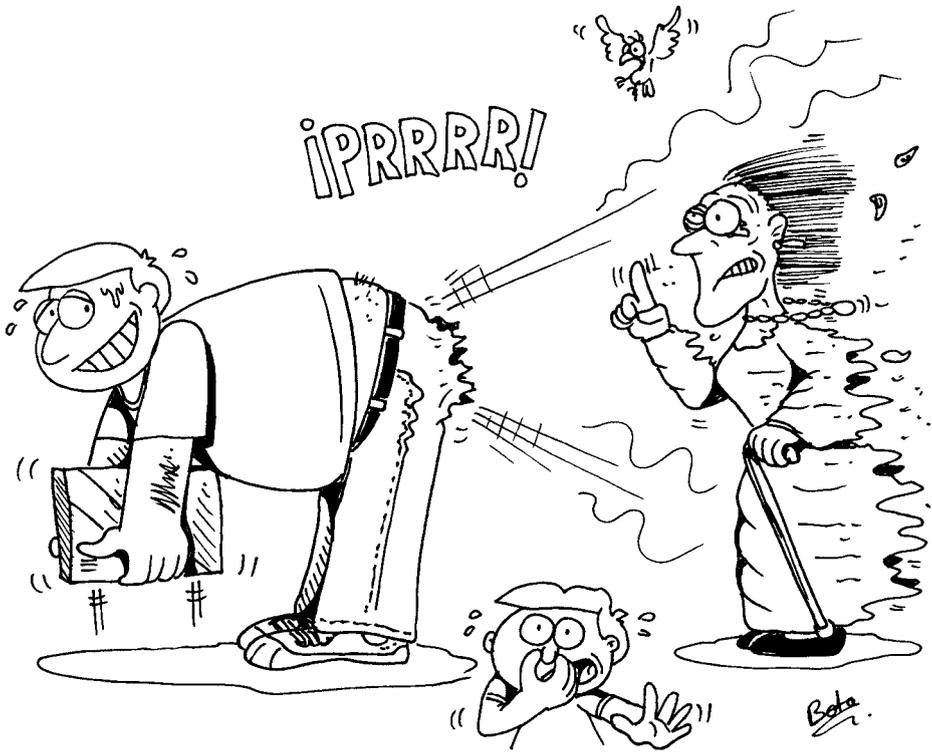
La fiebre es, entonces, más amiga que enemiga, puesto que traduce la capacidad del organismo para defenderse. Ello no implica que no pueda intentarse bajar la temperatura, ya sea por medios físicos o farmacológicos, dado que estas medidas no impiden su carácter protector y mejoran el bienestar, aunque pueden enmascarar la evolución de la enfermedad que produce la fiebre.

Flatología: vergüenzas y tribulaciones con los gases intestinales

La expulsión de gas por la boca (eructo) o por el recto (flato o pedo) ha sido objeto de consideraciones diversas, bromas y chistes, y de reglas no escritas relacionadas con el comportamiento en sociedad, pero también de preocupaciones vinculadas con la salud. Lo cierto es que ambas emisiones, la bucal y la anal, son totalmente normales, partes de un proceso fisiológico que, mientras no rebase ciertos límites, no tiene por qué ser considerado manifestación de enfermedad. Cuando se observa una radiografía simple de abdomen (en la que se pueda reconocer sin necesidad de administrar un medio de contraste), se identifica gas en el estómago y en el colon de los individuos normales. La presencia de gas visible radiográficamente en el intestino delgado ya no es del todo normal, pues podría ser indicio de una parálisis intestinal o de una obstrucción.

Se sabe que el gas que se eructa es generalmente gas recién deglutido. Las personas que eructan con frecuencia son las que tragan gas (lo que se conoce como aerofagia), ya sea por tomar gaseosas o alimentos ricos en gas, ansiedad con hiperventilación, comer muy rápido, hablar mientras comen, utilizar goma de mascar u otras condiciones. Rara vez tiene un significado patológico.

La mayoría de las personas expulsan por el recto un promedio de 600 mL de gas cada día (con extremos de 200 y 2 000 mL, aunque debe haber un récord Guinness, en unas 13 o 14 emisiones). Este gas está compuesto por nitrógeno, oxígeno, bióxido de carbono, hidrógeno y metano, con muy poca cantidad de oxígeno. Para el anecdotario están las historias de explosión del gas intestinal al encender una llama o durante una endoscopia. La connotación cultural de los flatos y su identificación como indicio de mala educación tienen que ver con el olor del gas y con el



ruido que produce la emisión, pues si ésta es inodora y silenciosa, pasa inadvertida y nadie se ofende. El olor, con todos sus matices, se debe a productos sulfurados —que no todos los flatos contienen—, y el ruido, a la vibración de las estructuras anorrectales al paso del gas.

El gas del colon se produce en su mayor parte porque las bacterias que viven normalmente en gran cantidad en el intestino grueso (lo que se llama la “flora intestinal”) actúan sobre los residuos alimenticios, aquella parte de los alimentos que los humanos no aprovechan y que pasa indigerida hasta el colon. Esta acción bacteriana incluye la fermentación, la putrefacción y otros procesos que finalmente generan gas, el que tiene que buscar su salida más próxima a través de la propulsión que hace el intestino.

El que determinados alimentos produzcan gas depende tanto de la naturaleza de dicho alimento (la cantidad y el tipo de residuo) como de la composición de la flora intestinal, que es diferente en cada individuo, como lo son las huellas digitales. Así, algunos alimentos producen gas en ciertas personas pero no en otras, aunque hay los que suelen producirlo en casi todas. Si alguien quiere evitar la producción de gas, lo mejor que puede hacer es observarse, para identificar las comidas que

le afectan. La fibra cruda, tan ponderada por sus efectos benéficos sobre el estreñimiento, los niveles de colesterol en la sangre y hasta para la prevención del cáncer del colon, no es tolerada por mucha gente porque les produce un exceso de gas. Las personas con deficiencia de lactasa (una proporción importante de los adultos de México) desarrollan gas y hasta diarrea cuando toman leche, porque no pueden digerir la lactosa (el azúcar de la leche) y tienen que tomar leche deslactosada. La dieta vegetariana, tan ventajosa en muchos sentidos, se asocia con una mayor producción de gas en personas susceptibles.

Los gases no expulsados pueden provocar diversas molestias: distensión abdominal (lo que los legos suelen llamar “inflamación”), ruidos intestinales, sensaciones de movimiento interno, cólicos de localización cambiante y timpanismo (el abdomen resuena como tambor a la percusión), casi siempre más incómodos que serios. Una hipótesis no probada es que mantener el gas dentro del intestino, evitando a toda costa su expulsión por no romper las reglas sociales, genera tal presión en el interior del colon que puede ser el origen, o al menos contribuir a la formación de divertículos, esas pequeñas hernias de la pared del intestino grueso tan frecuentes en los adultos de la civilización occidental y menos comunes en las sociedades en las que no hay reglas que impidan la expulsión de los flatos en público.

En todo caso, si a usted le preocupan los gases, considere que su consecuencia tiene más que ver con el riesgo de romper las convenciones sociales o incomodar a sus vecinos que con la afectación de su salud. Si no tiene escrúpulos, expulse los gases libremente.

El mal aliento

El mal aliento o halitosis es muy frecuente. Se calcula que al menos 20% de la población lo padecen, lo que representa unos 20 millones de personas en México. Mucho se gasta en tratamientos o procedimientos diagnósticos (casi siempre infructuosos), pues se tiene la idea de que podría traducir una enfermedad interna grave. Aunque la halitosis puede efectivamente originarse de un absceso pulmonar, bronquiectasias (dilataciones bronquiales), un divertículo en el esófago, enfermedad hepática y otras causas, todas ellas no sólo son excepcionales como causas de mal aliento, sino que es casi imposible que originen como único síntoma la halitosis. Su relación con otras enfermedades o trastornos internos, como estreñimiento, problemas gástricos o esofágicos, no ha podido ser probada. Tampoco hay evidencia de que exista una halitosis hereditaria o que el tipo de alimentos influya en una halitosis crónica. Ello no le quita importancia al tema, pues es causa de preocupación, obsesiones y problemas en las relaciones sociales de muchas personas. La halitosis ha propiciado una extensa industria de remedios y profilácticos, como dentífricos, enjuagues y aromatizantes del aliento, casi todos inútiles para combatir el mal aliento crónico.

Un problema adicional es lo que se conoce como *halitofobia*, entendida como la obsesión por el mal aliento o el miedo exagerado a tener halitosis, que se manifiesta como inseguridad en las relaciones humanas, terror de que los demás perciban el olor, uso constante de goma de mascar o pastillas aromatizantes, hablar siempre a distancia o de lado, lavarse los dientes cuatro o cinco veces al día, evitar dar besos y una tendencia a interpretar la conducta de los demás (como abrir una ventana o sonarse con un pañuelo) como una confirmación de rechazo por el mal olor

que uno despidе. Muchos halitofóbicos ni siquiera tienen halitosis. Y es que los pacientes con halitosis no siempre tienen la capacidad de identificarla en sí mismos, aunque la pueden reconocer en otros. Se ha visto, sin embargo, que cuando se extraen algunos detritos de la boca de los halitósicos y se les exponen a la nariz, sí son capaces de reconocer que huelen mal. La falta de advertencia sobre el propio mal aliento se explica por un fenómeno de adaptación o acostumbramiento y por los flujos de aire, ya que éste se expelle de manera horizontal y difícilmente regresa a la nariz, en tanto que la olfacción de estos restos se hace mediante un flujo más vertical.

Hoy sabemos que de 85 a 90% de las veces la causa de la halitosis está en la boca misma, aunque no haya caries, gingivitis o ninguna otra enfermedad visible; en 5 a 10% de los casos está en la nariz, en 3% en las amígdalas y en menos de 1% en los órganos internos.

La fuente del mal olor son ciertos productos volátiles, resultado de la acción de las bacterias sobre algunos sustratos. El sulfuro de hidrógeno (con olor a huevo podrido), los metilmercaptanos y el escatol (con olores fecaloides), la cadaverina (con olor “a muerto”), la putrescina (con olor a carne descompuesta) y el ácido isovalérico (con olor a “pies sudorosos”) se combinan entre sí, y con el olor de alimentos y tabaco, para producir una gran variedad de “malos alientos”. Estos productos hediondos se llaman genéricamente “gases volátiles de sulfuro”. Las bacterias relacionadas con ellos son las que viven normalmente en la boca. Estos gases parecen participar en la producción de daño a los dientes o las encías, de tal manera que, según esta perspectiva, la halitosis no es sólo un asunto cosmético.

Hoy en día se sabe que en personas por demás sanas la parte más posterior de la lengua suele ser la fuente de la halitosis. Esta región no es suficientemente lavada por el movimiento de la saliva y contiene numerosas invaginaciones que suelen albergar bacterias; éstas actúan sobre los detritos colectados allí, a menudo gotas que vienen de la parte posterior de la nariz, y generan los productos volátiles. En vista de que la acumulación de bacterias puede disminuir a partir de un flujo permanente de saliva, cualquier cosa que promueva la sequedad de la boca —respiración bucal, ayuno, hablar mucho, estrés, deshidratación y muchos medicamentos— puede exacerbar la situación. Aunque el tabaco reduce la población bacteriana, este efecto es contrarrestado por el hecho de que fumar seca la boca, incrementa los problemas gingivales y el goteo posnasal y deja un residuo cuyo aroma se mezcla con el proveniente de los productos bacterianos.

En la nariz y en los senos paranasales funciona un mecanismo similar para la producción de halitosis. El estancamiento de las secreciones por diversas causas propicia el desarrollo bacteriano y la producción de los gases volátiles de sulfuro. Las amígdalas pueden ser el origen del mal aliento aunque no estén enfermas. Hay personas que tienen criptas amigdalinas, verdaderas cavernas en las que se acumulan residuos y se forman piedrecitas llamadas tonsilolitos, que consisten



en detritos y bacterias calcificadas y que tienen mal olor. No suelen provocar inflamación o dolor y, por ello, pueden pasar inadvertidas, aunque algunos perciben que periódicamente aparecen en su boca masas pequeñas con aspecto de queso.

Las recomendaciones que se hacen hoy en día para controlar la halitosis incluyen, desde luego, la higiene bucal con cepillo, pasta y seda (hilo) dental, pero también la limpieza de la parte posterior de la lengua con un limpiador plástico especial, la eliminación mecánica de la saburra y, en algunos casos, el lavado de las amígdalas, a veces utilizando irrigadores. El desayuno puede ayudar a limpiar la lengua y aliviar la halitosis matutina. La goma de mascar incrementa la producción de saliva y aromatiza el aliento —aunque en términos cosméticos también tiene lo suyo—; en todo caso, conviene usar la que no tiene azúcar. Los lavados bucales antes de dormir, como colutorios (buches) y gárgaras, pueden ayudar.

Así pues, la recomendación no es sólo: “lávate los dientes tres veces al día”, sino también “límpiote la lengua y enjuágate las amígdalas”.

La palabra “herpes” se refiere a las serpientes. Recuérdese que la herpetología es el estudio científico de los reptiles. El término se aplica a varias enfermedades, una de las cuales (el herpes zoster) se caracteriza por lesiones cutáneas que, en conjunto, adoptan una forma parecida a la de una serpiente o víbora. También el término hace referencia a un grupo de virus (llamados genéricamente herpesvirus) que incluyen tanto a los que producen estas enfermedades como a otros que se les parecen estructuralmente. La familia *Herpesviridae* comprende por lo menos ocho virus que pueden producir enfermedad en los seres humanos.

Aunque con el mismo vocablo —herpes— se designa por lo menos al herpes bucal (los fuegos o fogazos que aparecen en la boca casi siempre durante la fiebre) y al herpes genital (una enfermedad de transmisión sexual), la enfermedad más característica es el herpes llamado zoster o zona. De hecho, cuando no se señala ningún apellido, se entiende que se está hablando de este último. El zoster es una enfermedad que se manifiesta por lesiones cutáneas dolorosas en el territorio de un solo nervio o raíz nerviosa, frecuentemente intercostal, lo cual significa una franja en el tórax, aunque puede, desde luego, afectar otras zonas, como la cara o un ojo. La lesión es unilateral y no traspasa la línea media. La enfermedad comienza con sensaciones cutáneas anormales que varían desde comezón o ardor hasta dolor intenso. Prácticamente todos los pacientes llegan a tener dolor fuerte. En esta etapa es muy difícil diagnosticar la enfermedad, pues un dolor puede ser síntoma de muchas otras cosas. El diagnóstico se aclara en cuanto aparecen las lesiones cutáneas, lo que suele ocurrir entre uno y cinco días después. Estas lesiones evolucionan en un periodo de dos a cuatro semanas, en las que van cambiando



de apariencia, empezando por vesículas (pequeñas protuberancias rellenas de líquido), pústulas (rellenas de pus), úlceras y costras sobre una base de enrojecimiento de la piel. Con frecuencia quedan cicatrices y pigmentación. El diagnóstico es relativamente fácil y basta observar las lesiones características, pero existen casos en los que nunca aparecen las lesiones cutáneas y sólo hay dolor; no sabemos qué tan frecuentes son, pero los pacientes muestran elevación en la sangre de los anticuerpos contra el virus. Ni qué decir que son muy difíciles de diagnosticar y que el diagnóstico es casi especulativo.

El virus que produce el herpes zoster es el mismo que produce la varicela (virus varicela-zoster o VZV). El primer contacto con este virus produce un cuadro clínico de varicela; una vez que las personas superan la varicela, por el resto de su vida mantienen al virus dentro de su cuerpo, alojado en los ganglios nerviosos de las raíces dorsales de la médula espinal, y algunos en el cráneo. La reactivación de este virus latente, a veces asociada con disminución de las defensas, produce el herpes zoster. En otras épocas, la presencia de herpes zoster obligaba a hacer una investigación exhaustiva en cada paciente para buscar alguna enfermedad oculta que pudiera estar propiciando esta baja de defensas, particularmente un

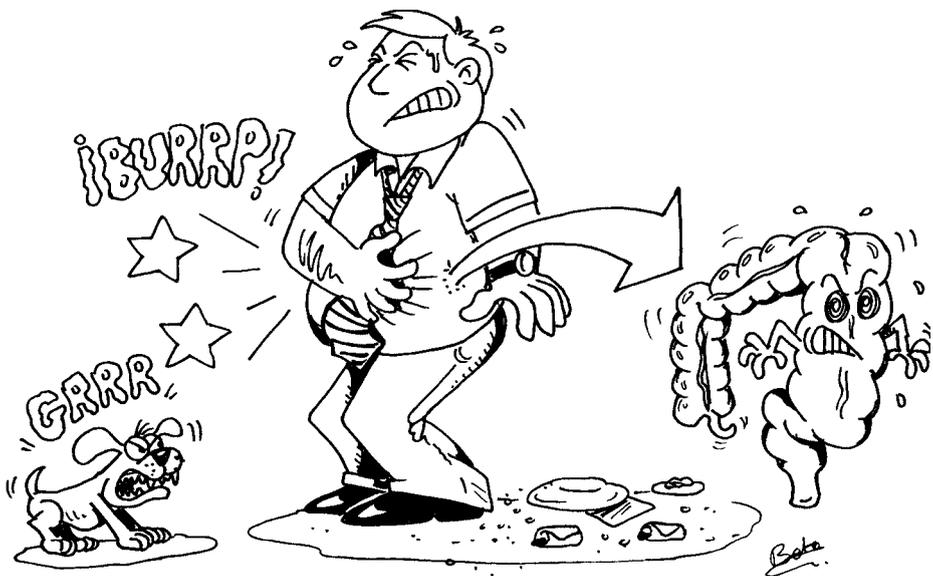
cáncer incipiente; hoy ya se ha abandonado esta práctica por infructuosa, pues es excepcional que efectivamente traduzca una enfermedad escondida. Todavía no se sabe qué influencia tendrá la relativamente nueva vacuna contra la varicela en la incidencia de herpes.

Cierta proporción de pacientes con herpes zoster tienen complicaciones con lo que se llama neuralgia posherpética, que se manifiesta como dolor persistente por más de 30 días después de la desaparición de las lesiones cutáneas. No se sabe por qué algunos pacientes desarrollan esta complicación y otros no, pero es más frecuente en personas de edad avanzada.

Aunque hoy en día hay medicamentos antivirales que tienen efecto sobre los virus herpes (aciclovir, valaciclovir, famciclovir), todavía no está muy claro si se deben utilizar en todos los casos, pues la enfermedad se cura sola, aunque un poco más rápido con los medicamentos, y éstos no parecen evitar la complicación más frecuente, la neuralgia posherpética. Si la enfermedad afecta a los ojos (herpes oftálmico), ocurre en personas debilitadas o tiene una intensidad mayor que la habitual, está justificado el uso de los medicamentos, y por supuesto es obligado en los casos en que el virus afecta al cerebro (encefalitis herpética), que por fortuna son excepcionales y casi exclusivos en los inmunodeficientes. En términos generales, los medicamentos son bien tolerados, aunque un tanto costosos. Hoy en día el herpes es por lo general una enfermedad más molesta que sería y, si sigue las tendencias de otras enfermedades prevenibles por vacunación, puede estar destinada a desaparecer.

El intestino irritable

Muchas personas en el mundo padecen de intestino irritable, por lo menos 20% de los adultos, y un poco más de mujeres que de hombres. Se le ha llamado de muchas maneras: “colon irritable”, “colitis nerviosa”, “colitis espástica”, “trastorno funcional del colon o del aparato digestivo”. Hoy en día el término más usado es el de “síndrome de intestino irritable”. El término “colitis”, el más difundido en México, es incorrecto, porque no hay células inflamatorias que infiltren los tejidos del colon. En esencia, es un trastorno de la función del intestino, particularmente el grueso (colon), que no muestra alteraciones anatómicas. La imagen del colon es totalmente normal con cualquiera de los métodos para visualizarlo, incluyendo radiografías, endoscopia, biopsia, tomografía o resonancia magnética. El problema es que no funciona bien: en algunos pacientes predomina la diarrea; en otros, el estreñimiento, y en otros más hay alternancias de periodos con diarrea y con estreñimiento, distensión abdominal por acumulación de gas, ruidos intestinales, dolores cambiantes, intolerancia a ciertos alimentos, sensación de que no se completa la defecación y a veces moco en el excremento. Es importante señalar que, por más molesto y persistente que sea, no daña los intestinos, no predispone al cáncer ni a ninguna otra enfermedad. Muchos pacientes con síntomas similares pueden tener una enfermedad diferente, como enfermedad celiaca, divertículos o lombrices, pero eso no quiere decir que el intestino irritable propicie su desarrollo. Una persona con intestino irritable puede tener parásitos, y la tendencia es atribuir a éstos los síntomas. Algunos enfermos calificados como con intestino irritable tienen en realidad una intolerancia a la lactosa (el azúcar de la leche), de modo que cuando la comen desarrollan gases, distensión abdominal y a veces diarrea.



Por un tiempo, el diagnóstico de intestino irritable era por exclusión; una vez que se estaba seguro de que no había ninguna otra enfermedad que explicara los síntomas, se concluía que se trataba de un síndrome de intestino irritable. Esta estrategia, si bien contribuye a la tranquilidad de médicos y pacientes, es costosa y molesta, pues implica muchos estudios innecesarios. Hoy se tiende a hacer el diagnóstico directo y no por exclusión, con base en los síntomas que conforman criterios clínicos. El vigente es el llamado “criterio de Roma II”, que señala que debe haber habido por lo menos 12 semanas —que no necesitan ser consecutivas— en los últimos 12 meses con dolor o incomodidad abdominal asociados con dos de los siguientes:

1. Se alivia con la defecación.
2. Su inicio se asocia con un cambio en la frecuencia de las evacuaciones.
3. Su inicio se asocia con un cambio en la forma o apariencia de las evacuaciones. Este criterio se está revisando, y ya se están reuniendo los expertos para el que será el “criterio de Roma III”.

Se desconoce la causa del intestino irritable. Por mucho tiempo se ha considerado que es una enfermedad psicósomática en la que ciertos problemas psicológicos se expresan en la función intestinal. Entre el sistema nervioso y el aparato digestivo hay muchas conexiones que son vías para influencias recíprocas. Hoy se sabe que los pacientes con este síndrome tienen un intestino más sensible y más reactivo. Podría decirse que reacciona de una manera exagerada a estímulos, entre ellos

alimentos y estrés, tanto en términos de una respuesta motora (espasmos o aumento del peristaltismo) como de sensibilidad al dolor. Aunque ya se han identificado algunas alteraciones inmunitarias relacionadas con el intestino irritable, no se han traducido aún en una hipótesis causal.

Al desconocerse el origen, el tratamiento no suele ser curativo, sino acaso tendiente a mejorar los síntomas. Se usan antidiarreicos cuando predomina la diarrea, laxantes cuando predomina el estreñimiento y antiespasmódicos para combatir el dolor. La supresión de ciertos alimentos ayuda a veces, pero no son los mismos en todos los pacientes. Es interesante que muchos de ellos mejoren con antidepressivos, lo cual podría deberse a que estos medicamentos tienen efectos colaterales sobre el intestino. También algunos mejoran con placebos (medicamentos inertes). La falta de resultados obliga a muchos enfermos a buscar alivio en las medicinas alternativas, cuyos éxitos no son mayores que los de los placebos.

El panorama podría parecer desalentador para los pacientes. El mejor enfoque por ahora es que los pacientes conozcan bien a su intestino, que identifiquen lo que les genera molestias y que, con ayuda de su médico, seleccionen el mejor régimen para su caso individual.

La lectura de este escrito provocará desencanto en las personas que busquen un remedio contra lo que la mayor parte del público entiende como celulitis, es decir, esa condición —acaso antiestética— que se observa sobre todo en las caderas y los muslos, principalmente de las mujeres, y que se caracteriza por irregularidades del contorno, con hoyuelos y protuberancias, y que se dice que da la apariencia de “waffle” o de “queso cottage”. Éste es un asunto que, sin duda, preocupa a muchas mujeres, pero desde este momento tendría yo que desalentar la lectura de quienes aspiren a encontrar aquí una solución para eso. Lo que ocurre es que, en español, la misma palabra designa a esta condición y a otra que es una auténtica inflamación de la grasa subcutánea, generalmente a consecuencia de una infección, y que tiene una connotación clara de enfermedad.

En inglés hay una palabra diferente para cada una: el defecto estético se designa como *cellulite* y la enfermedad como *cellulitis*; en español se traducen ambas como “celulitis”. Un mismo término para dos entidades completamente diferentes provoca, por supuesto, muchas confusiones. Se ha intentado sustituir la denominación de alguna de ellas; por ejemplo, utilizando el término “erisipela” para la celulitis-enfermedad, pero lo cierto es que erisipela es sólo una de las diversas variantes que puede tener. Aquí las distinguiremos como “celulitis-estética” y “celulitis-enfermedad”. El término está mejor aplicado en la celulitis-enfermedad, porque hay una verdadera inflamación del tejido graso, el que se denomina técnicamente “tejido celular subcutáneo”. En cambio, en la celulitis-estética no hay ninguna inflamación, de tal manera que el sufijo *itis* resulta inapropiado.



El término para la celulitis-estética fue acuñado en los salones de belleza y los *spas* europeos. No es un término médico (ni en su denominación en inglés). Acaso, se le ha llamado “lipodistrofia localizada”. Se produce porque las bandas de tejido fibroso normal que unen la piel con tejidos más profundos, como los músculos, forman compartimentos en los que están alojadas las células grasas. Cuando el organismo tiene necesidad de almacenar energía sobrante, estas células (llamadas adipocitos) crecen para acumular más grasa y entonces rebasan estos compartimentos, originando la apariencia externa característica. Cuando, mediante aspiración con agujas, se han hecho biopsias de las zonas de celulitis-estética y se han estudiado al microscopio, se ha visto que la grasa que contienen no es diferente de la que se obtiene de zonas que no tienen esta apariencia. No hay, entonces, ningún indicio de que corresponda a una enfermedad, al menos en el sentido de que pueda afectar la función o la vida, dicho sin querer menospreciar la importancia que le dan algunas personas. Si acaso tiene algún riesgo, éste se relaciona más con los peligros de los muchos remedios que se han propuesto, algunos de los cuales no

son del todo inocuos. Para los médicos, la celulitis (obviamente, la celulitis-enfermedad) es una inflamación aguda de la dermis y del tejido subcutáneo, generalmente como complicación de una herida, úlcera o enfermedad de la piel. Al romperse la barrera que la piel representa para el ingreso de microorganismos, éstos invaden las estructuras subcutáneas y producen infección e inflamación. Aunque puede ocurrir en cualquier parte, lo más frecuente es que afecte a las piernas. El área está dolorosa, caliente, enrojecida e hinchada; generalmente no hay una demarcación clara entre la piel afectada y la piel sana. Una variante de esta celulitis es la erisipela, que aunque es un poco más superficial, afecta los linfáticos y genera una zona dura, con aspecto de “piel de naranja”, borde levantado y una más clara demarcación con la piel normal. La celulitis de las piernas ocurre más frecuentemente en las personas que las han tenido hinchadas por un tiempo y en las que tienen varices y úlceras. Puede haber celulitis en otros sitios si se propicia el ingreso de bacterias a las áreas subcutáneas; por ejemplo, mediante las inyecciones poco higiénicas que acostumbran los adictos a drogas endovenosas, o como complicación de la liposucción o de alguna cirugía. Son innumerables los remedios que se ofrecen comercialmente para la celulitis-estética, pero no han probado ser efectivos; incluyen cremas, lociones, masajes, estimulantes locales de la sudación, una gran cantidad de herbolarios y muchas variantes de ejercicios. Alcanzar el peso ideal y ejercitar los músculos subyacentes a la celulitis podría ayudar. La endermología y la liposucción han tenido resultados transitorios, porque rompen los tabiques de los compartimentos grasos. La celulitis-enfermedad requiere tratamiento con antibióticos, puesto que es una infección bacteriana. No intentar curarse una celulitis-estética con antibióticos, porque no va a tener éxito y sólo va a enfrentar los inconvenientes de estos medicamentos. Y tampoco se le ocurra programar una liposucción para una infección de la grasa.

El término se identifica con el superlativo del miedo, con angustia y terror ante la percepción de una amenaza grave. En el pánico, el organismo se prepara para la lucha o la huida mediante una liberación masiva de adrenalina, aunque, a veces, lo único que logra es una parálisis. Aceleración del corazón, palidez por constricción de los vasos sanguíneos cutáneos, sudor y temblor son algunas de las manifestaciones de este exceso de adrenalina. Cuando la reacción física es proporcional a la amenaza, no se considera patológico, aunque siempre puede ser dañino, pues en personas predispuestas puede desencadenar un infarto del miocardio o desmascarar una diabetes. En medicina, la palabra “pánico” se utiliza para designar dos entidades relacionadas entre sí: el síndrome de pánico (*panic disorder*) y los ataques de pánico. Los ataques de pánico, también llamados crisis de angustia, son episodios aislados y de corta duración de miedo intenso, sin causa aparente, con gran malestar, que se inician bruscamente, alcanzan su máximo en los primeros 10 minutos y se acompañan por lo menos de cuatro de los siguientes síntomas (aunque una buena proporción de los pacientes los tienen todos): palpitaciones rápidas y fuertes, sudación, temblor, sensación de falta de aire o de atragantamiento, opresión o malestar en el pecho, náusea, molestias abdominales, sensación de inestabilidad, mareo o desmayo inminente, percepción de irrealidad o despersonalización, de que se puede perder el control o volverse loco, de que se puede uno morir en ese momento; escalofrío o bochorno y sensación de entumecimiento u hormigueo en manos o pies. El síndrome de pánico se conforma cuando estas crisis se repiten y se acompañan de una persistente inquietud ante la posibilidad de que vuelvan a ocurrir.



La frecuencia con que ocurren los ataques de pánico parece ser alta. Hay quien estima que 1 de cada 75 adultos los experimenta al menos una vez. Es más común que sucedan en las mujeres, y suelen empezar en la adolescencia o en la juventud temprana. No se conoce aún su causa, pero hay muchas teorías, y seguramente son consecuencia de una combinación de factores. Parece existir un componente genético que marca la predisposición. Por ejemplo, en un gemelo idéntico que padezca pánico, el trastorno ocurre también en el otro gemelo en 30 a 45% de los casos, y se han identificado algunos sitios cromosómicos asociados con la enfermedad. En las personas en quienes existe esta tendencia, la enfermedad se puede desencadenar por eventos estresantes, aunque con frecuencia no se identifica ningún factor precipitante. Hay indicios de que se acompaña de cambios en la bioquímica cerebral, particularmente un aumento de la descarga del neurotransmisor noradrenalina en un sitio específico del cerebro llamado *locus coeruleus*. En otras palabras, aunque en su génesis pueden participar factores psicosociales, tiene un claro sustrato bioquímico y genético.

Los pacientes lo describen como una experiencia terrorífica, más desagradable aún que el dolor. Por eso viven permanentemente con miedo de que la sensación se repita, con lo que se crea un auténtico círculo vicioso.

La buena noticia es que existe un tratamiento efectivo con el que los pacientes pueden reincorporarse a su vida normal, si bien requiere medicación que debe mantenerse por un tiempo largo. El mayor problema es el diagnóstico, y no porque los síntomas no sean característicos, sino porque se puede confundir con otras enfermedades, y muchos médicos no lo tienen en mente cuando examinan a un enfermo. En un estudio se encontró que los pacientes habían consultado en promedio a 10 médicos antes de que les hicieran el diagnóstico, y que sólo uno de cada cuatro recibía el tratamiento apropiado. Aunque no existe una prueba diagnóstica, los criterios clínicos están perfectamente especificados. En función de los síntomas que más llamen la atención del enfermo, a veces éste consulta al cardiólogo, otras al neurólogo, al endocrinólogo, al gastroenterólogo, al ginecólogo o a algún otro especialista, y en muchas ocasiones ellos se limitan a informarle al paciente que el asunto no es de su área de competencia.

Los pacientes con pánico tienen riesgo de desarrollar otros problemas, como fobias, intento suicida y dependencia de alcohol o drogas, pero, al margen de esto, la vivencia es tan espantosa que resulta lamentable que pase el tiempo sin que reciban el tratamiento apropiado, considerando que sus resultados son casi milagrosos.

Parálisis facial

La desviación súbita de la boca hacia un lado y la dificultad para ocluir completamente el ojo del lado contrario son los signos característicos de la parálisis facial.

Los músculos de la cara están inervados por los nervios faciales, uno de cada lado, y gracias a ello se puede gesticular y se mantiene un tono (un estado permanente de contracción mínima) similar en ambos lados, de tal modo que la cara en reposo luce simétrica porque los músculos traccionan con la misma intensidad hacia un lado y hacia el otro. Cuando uno de los nervios faciales se lesiona, la mitad de la cara pierde ese tono, dominan los músculos del lado contrario y jalan la boca. Su desviación hacia la derecha quiere decir que hay una parálisis facial izquierda.

La parálisis facial es una enfermedad relativamente común. Se calcula que 1 de cada 60 personas la padece en algún momento de su vida. Muchos casos, por fortuna, son reversibles sin dejar secuelas, pero todos conocemos a personas con la cara torcida, en una grotesca mueca permanente que se hace aún más notable cuando sonríen y que es prácticamente irreparable; en algunos de estos pacientes hay además movimientos anormales, como tics o espasmos, en el lado paralizado. La probabilidad de secuelas es mayor en personas de más de 60 años de edad, en pacientes con diabetes o hipertensión, cuando se acompaña de dolor facial, cuando la parálisis es completa y cuando en tres semanas no se ha obtenido una recuperación.

En vista de que muchas veces la instalación de la parálisis coincide con la exposición súbita al frío (por algún tiempo se le conoció como “parálisis facial *a frigori*”), se han originado muchas especulaciones. La expresión popular dice



que “les dio un aire”. Hoy en día, la mayoría de los casos corresponde a lo que se conoce universalmente como parálisis de Bell, porque fue un cirujano escocés, Charles Bell, quien estudió la inervación de los músculos de la cara hace 200 años.

Al margen de las consecuencias estéticas, muchos pacientes se asustan porque creen que tienen un problema cerebral, como una embolia o un infarto, el cual es muy fácil de descartar, porque en esos casos también se afectaría la mitad del cuerpo y no está impedida la oclusión del ojo.

Tal parece que la inflamación de los nervios no es un hecho excepcional, aunque casi siempre pasa inadvertido. Pero puesto que el nervio facial, en su trayecto desde el cerebro hacia la cara, atraviesa por un estrecho túnel de hueso en el cráneo, al inflamarse queda comprimido y con ello se impide la transmisión del impulso nervioso. Esta inflamación tiende a ser transitoria, pero a veces, cuando finalmente desaparece, ya se ha originado una atrofia de los músculos de la cara, y aunque se haya restaurado el estímulo nervioso, ya no tienen capacidad de responder. Se sabe que los músculos que se quedan sin inervación en cualquier parte del cuerpo tienden a atrofiarse, como pasaba en la poliomielitis. Las secuelas permanentes de la parálisis facial, entonces, se relacionan con esta atrofia muscular por denervación, y no con persistencia de la inflamación del nervio, aunque hay casos en que éste llega a una degeneración irreversible.

Hoy se sabe que muchos casos se deben a la reactivación de un virus que tenemos “dormido” en nuestros ganglios nerviosos. Este virus es el del herpes, simple o zoster. Este conocimiento, relativamente reciente, ha permitido que hoy en día exista un tratamiento efectivo, siempre y cuando se inicie en las primeras 72 h, a base de cortisona y un antiviral (aciclovir). En estos casos, la cortisona no suele producir los efectos adversos conocidos, dado que se utiliza durante pocos días.

Por desgracia, la mayoría de los pacientes no reciben el beneficio de este tratamiento, ya sea porque no se atienden rápidamente o porque sus médicos les prescriben medidas de dudosa eficacia aunque se hayan empleado por años, como vitaminas o antiinflamatorios; y esto ocurre no sólo en México. En el Reino Unido, sólo un tercio de los pacientes recibieron cortisona, y menos de 1% el antiviral. La fisioterapia tiene la propiedad de mantener activo el músculo mientras se regenera el nervio y de evitar la atrofia que puede producir secuelas. Una complicación de la parálisis facial es la úlcera en la córnea del ojo: como en muchos casos los pacientes no pueden cerrar el ojo afectado, duermen con el ojo abierto, lo que propicia que se seque y hasta que se ulcere; por ello, se recomienda la aplicación de un ungüento oftálmico y la oclusión del ojo durante la noche.

Sin ser una enfermedad que ponga en peligro la vida, la parálisis facial tiene una importancia epidemiológica en razón de su frecuencia, de la angustia que provoca, de las deformantes secuelas que deja y de la discordancia entre la existencia de un tratamiento efectivo y la poca frecuencia con que se utiliza.

Presión arterial baja

A diferencia de lo que ocurre con la presión arterial alta, que constituye por sí misma una enfermedad que acorta la vida, la presión arterial baja, en términos generales, no tiene estas características. En los pacientes con presión arterial alta permanente (hipertensión arterial) es necesario prescribir un tratamiento para reducirla a lo normal y así restablecer la esperanza de vida de la persona en cuestión, pues, si no se trata, desarrollan con facilidad enfermedad vascular cerebral y enfermedad coronaria. En cambio, las personas con presión arterial baja permanente no tienen disminuida su esperanza de vida ni es necesario subirles la presión para evitarles consecuencias; hasta se dice que los de presión baja viven más que los de presión normal. Esto ha hecho que los médicos no tomemos muy en serio la hipotensión arterial y que se menosprecie un tanto a los individuos que la tienen.

Pero no es lo mismo tener permanentemente la presión baja que sufrir un descenso súbito de la presión arterial, pues esto sí puede implicar no sólo una enfermedad, sino una enfermedad seria. El *shock* o “choque” es un trastorno muy grave en el que la presión está baja, y los tejidos y los órganos no reciben suficiente sangre, de modo que pueden desarrollar lesiones permanentes que los pueden conducir a la muerte. El *shock* es el prototipo de trastorno que se maneja en las unidades de cuidados intensivos (en un tiempo se les llamó unidades de *shock*), y es obviamente diferente de lo que es la presión baja permanente. Igualmente diferente es la llamada “hipotensión ortostática”, que ocurre en pacientes que mantienen su presión normal pero, cuando se ponen de pie, sobre todo si lo hacen súbitamente, sufren una disminución de ella, con frecuencia transitoria en tanto



se ajustan los mecanismos reflejos que evitan que esto suceda en los individuos normales. En la hipotensión ortostática no funcionan bien estos reflejos; es común en la diabetes avanzada y en otras enfermedades que afectan a los nervios o al sistema nervioso central.

La presión puede descender por muchas razones, como el uso de ciertos medicamentos (varios de los que se prescriben a los pacientes con enfermedades de la próstata), enfermedades del corazón, deshidratación, una hemorragia grave, infección, una falla en las glándulas suprarrenales y otras más.

Por algún tiempo se pensó que igual que la presión alta producía infartos cerebrales y miocárdicos, la presión baja producía depresión y cansancio. Sin embargo, hay suficientes evidencias de que esto no es así. Algunas tribus, como los yanomamo, tienen una presión promedio de 96/62 y no suelen tener estos síntomas. Muchas personas manejan cifras de 90/60 y hasta de 80/40 sin tener ningún problema. Esto no quiere decir que algunos individuos no tengan a veces síntomas que se pueden atribuir a la hipotensión, como mareo, sensación de debilidad o hasta desmayos, pero fuera del peligro que significa un desmayo en circunstancias inapropiadas, o de un golpe al perder el conocimiento, en realidad no están corriendo ningún otro peligro. Muchas personas atribuyen a la presión baja ciertos síntomas que seguramente obedecen a otras causas; algunos dicen que se mejoran

de la hipotensión al tomar un refresco azucarado (comúnmente Coca-Cola®, que ha adquirido fama para estos menesteres), lo cual puede significar que más que a hipotensión, sus síntomas se debían a hipoglucemia (azúcar sanguínea baja).

Hay varios medicamentos en el mercado que recomiendan los fabricantes o los distribuidores para los pacientes con presión baja, pero no hay suficientes evidencias de que sean necesarios o que efectivamente mejoren los síntomas más allá de lo que haría un placebo (medicamento inerte). Tampoco es muy recomendable aumentar la ingestión de sal, porque podría tener inconvenientes, y mucho menos utilizar otros medicamentos activos, como cortisona y otras hormonas.

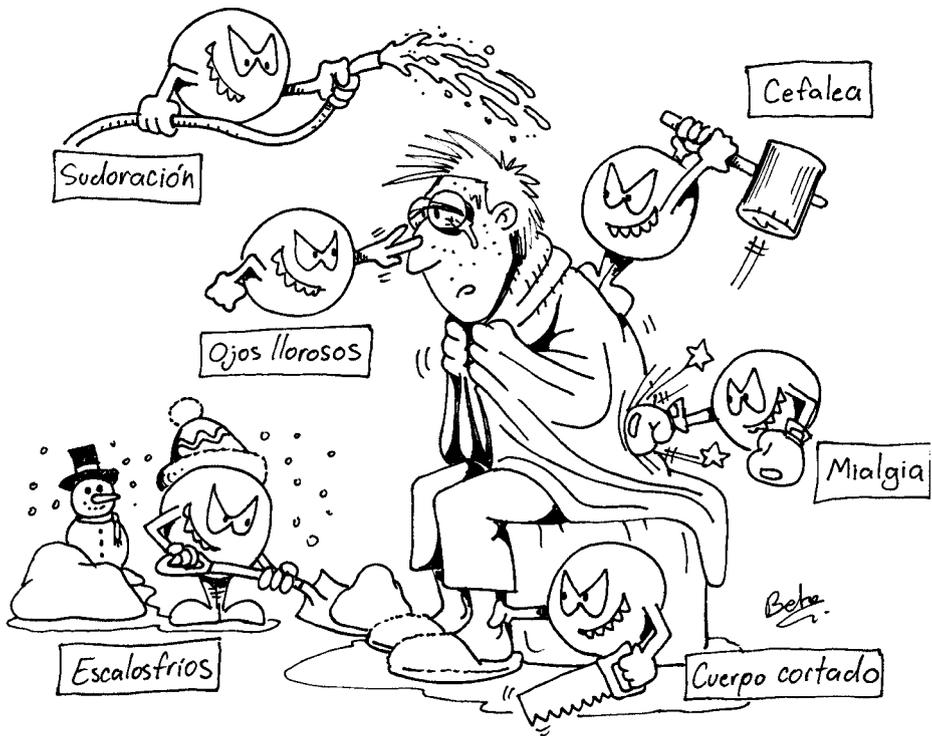
Si a usted le encuentran repetidamente la presión baja (menos de 90 mmHg la alta o sistólica), pero se siente bien, considere que más bien es afortunado porque está libre de uno de los males más siniestros de nuestra época, la hipertensión arterial —aunque no se garantiza que un hipotenso se vuelva hipertenso en el futuro—, y que si se cuida y no lo atropella un microbús o lo asaltan al llegar a su casa, es probable que vaya usted a vivir muchos años.

¿Qué es un síndrome?

A partir del inicio de la epidemia de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha popularizado el término “síndrome”, que se utiliza ampliamente entre el público, sobre todo para referirse al síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. La extensión a otros contextos ha hecho que se aplique con cierta liberalidad, como figura para diversas condiciones. Así, si un grupo de manifestantes se acompaña de machetes, se habla del síndrome de Atenco, y si un gobernante otorga pensiones a los adultos mayores, se refiere como el síndrome de López Obrador. En otras épocas, con la misma liberalidad se empleaba el término “complejo” (de inferioridad, de Edipo, de Caín, de superioridad, de Elvis Presley), que podría aplicarse a los ejemplos anteriores.

¿Cuál es la verdadera connotación del término? ¿Es correcta su aplicación en los contextos citados?

La palabra tiene por lo menos dos acepciones. La primera se refiere a un conjunto de síntomas y signos que suelen presentarse siempre juntos, puesto que tienen entre sí vínculos relacionados con su mecanismo de producción, pero que pueden obedecer a diferentes causas. Entre los síndromes más comunes están fiebre, anemia, disentería, diarrea, caquexia (consunción), falla renal, falla cardíaca, insuficiencia respiratoria y otros. La fiebre, por ejemplo, es un síndrome (síndrome febril) en tanto que tiene varios síntomas (elevación de la temperatura, escalofrío, sudación, cuerpo cortado, dolores musculares, etc.), todos ellos debidos a la acción de una sustancia llamada pirógeno, pero puede deberse a una de muchas enfermedades infecciosas, una enfermedad inflamatoria y hasta una leucemia. Los síntomas de la anemia (síndrome anémico) son palidez, cansancio,



fatigabilidad fácil, elevación de la frecuencia con que late el corazón, dolor de cabeza y otros; se relaciona con una disminución de la cantidad de hemoglobina en la sangre y puede deberse a una gran variedad de causas, como una hemorragia, un defecto en la nutrición, una destrucción excesiva de los glóbulos rojos, una parálisis de la médula ósea y otras. La importancia de esta acepción del concepto de síndrome se ubica en dos sentidos: por un lado, restringe el número de causas que se tienen que considerar; por ejemplo, el dolor de cabeza que forma parte de los dos síndromes tiene muchas más posibles causas que la anemia o la fiebre. Por otro lado, si bien se tiene que investigar la causa, mientras tanto se puede instalar un tratamiento del síndrome (síndromático) que no dependa de la causa que lo origina; por ejemplo, en la fiebre sería el tratamiento para reducir la temperatura, y en la anemia se podría indicar una transfusión de sangre, en ambos casos con independencia de cuál sea la enfermedad que los causa.

La otra acepción del concepto de síndrome es una designación provisional en la que, al apreciar que hay una asociación de síntomas y signos, se le da un nombre tentativo mientras no se sepa la causa. Tal fue el caso del SIDA, en el que se comenzó a identificar que un grupo de personas con ciertas prácticas sexuales desarrollaban enfermedades infecciosas oportunistas y exhibían una deficiencia en

el funcionamiento de su sistema inmunitario. Se decidió llamarle “síndrome de inmunodeficiencia adquirida” mientras no se supiera la causa, pero se aducía que no era un problema congénito. Hoy debería llamarse de otro modo, tal vez “inmunodeficiencia por el virus de la inmunodeficiencia humana”, pero su denominación como “SIDA” ya se ha consagrado y resulta una referencia entendible.

Cuando muchos síndromes que responden a esta segunda acepción fueron descritos se ignoraba su causa, así que se designaron con el nombre de quien los describió: Ménière, Alzheimer, Raynaud, etc. Conforme se avanzó en el conocimiento dejaron de llamarse síndromes, para asumir el nombre de enfermedades (enfermedad de Ménière, enfermedad de Alzheimer).

Como puede verse, un síndrome implica un conjunto de características y no un solo rasgo, un vínculo entre todas ellas, una causa desconocida o muchas causas posibles.

La mujer barbada. Normalidad y anormalidad del vello corporal

La disposición del vello en el cuerpo se considera un carácter sexual secundario que ayuda a distinguir a los hombres de las mujeres. Un exceso de vello en las mujeres se conoce como hipertrichosis si conserva el patrón propio del sexo femenino, y como hirsutismo si semeja un patrón masculino, tanto en su distribución como en su grosor. El término “hirsuto”, no obstante, se aplica como calificativo para significar “cubierto de pelo”, y también para áspero o lleno de púas o espinas. Una cabellera hirsuta es, pues, una con abundante cabello. En el idioma médico, hirsutismo implica un cierto grado de masculinización, mientras que la hipertrichosis puede ser sólo una característica racial o genética, sin significado de enfermedad y acaso con implicaciones estéticas.

Todas las mujeres, unas más que otras, tienen vello en sitios en donde no les gusta tenerlo porque les parece que las asemeja a los hombres, y tienden a eliminarlo. Las piernas velludas se consideran ahora antiestéticas, sobre todo cuando se aprecian a través de unas medias transparentes que comprimen los pelos, y virtualmente todas las mujeres se afeitan o se depilan las piernas. El diseño de los trajes de baño actuales también exige eliminar los vellos de las ingles y, si se trata de un bikini, los de la línea media del abdomen, que en varias mujeres son muy notorios. La depilación de cierta parte de las cejas también es rutinaria, y no se diga el afeitarse las axilas. Todo esto se traduce en que las damas destinan la mitad de su tiempo —y de su dinero— a deshacerse de los cabellos que las importunan, y la otra mitad a cuidar los que tienen en la cabeza mediante enjugues, champús, acondicionadores y aire caliente, por lo menos. Aunque en los hombres el vello corporal se ha visto como un atractivo sexual, muchos de los que ahora se llaman



“metrosexuales” también suelen buscar un aspecto lampiño y se rasuran el vello del tórax y de otros sitios.

Muchas mujeres normales tienen pelo en las areolas mamarias, las mejillas, el bigote y los brazos; el de estos últimos tienden a teñirlo de rubio (decolorarlo) más que a afeitarlo, para que al menos no se vea desde lejos. Habría que decir que no a todos los hombres les gustan las mujeres lampiñas, pues hay a quienes les encantan peludas, y en ciertos círculos las axilas sin afeitarse tienen su atractivo. Buena parte de la personalidad de Frida Kahlo estaba centrada en sus cejas y sus bigotes.

El patrón de vello corporal suele tener un componente genético y a veces racial. El vello negro sobre la piel blanca, como ocurre en muchos pueblos mediterráneos, es siempre más evidente aunque no sea excesivo. Hay comunidades y familias en que las mujeres son velludas sin que eso signifique ninguna anomalía, sino tan sólo una característica, acaso antiestética según quien la juzgue. Pero el hirsutismo verdadero puede ser la expresión de una enfermedad, casi siempre del sistema endocrino, y conviene investigar si se acompaña de otros signos de virilización como acné excesivo, alopecia (calvicie) o interrupción de las menstruaciones.



La estimulación del crecimiento del vello es una acción de las hormonas masculinas, los andrógenos, de los que las mujeres poseen pequeñas cantidades. En algunas, los folículos pilosos son más sensibles a cantidades normales de andrógenos, mientras que en otras puede haber un aumento en los niveles circulantes de estas hormonas. Un tumor en la hipófisis o en una glándula suprarrenal puede propiciar un aumento de andrógenos, pero tal vez la causa más común de hirsutismo sea lo que se denomina síndrome de ovarios poliquísticos, en el que las mujeres, además de varios quistes en los ovarios, tienen manifestaciones de exceso de andrógenos, como acné, alteraciones menstruales, sobrepeso y esterilidad, además del hirsutismo. Esto no quiere decir que todas las mujeres que tienen quistes múltiples en los ovarios tienen síndrome de ovarios poliquísticos, pues pueden tener los quistes sin el síndrome correspondiente. Lo contrario también puede ocurrir, que exista un síndrome de ovarios poliquísticos sin quistes en los ovarios.

La mujer barbada del circo y la del famoso cuadro del Españolito (foto) son ejemplos de enfermedades exóticas del sistema endocrino, que ciertamente intimidan a las damas que descubren en sí mismas un exceso de vello. La hipertricosis afecta a una proporción grande de mujeres, por lo menos 1 de cada 10, pero lo único que tienen que hacer es buscar cómo desembarazarse de tanto pelambre, y no tener miedo de que las secuestren para exhibirlas en una galería de monstruos.

La osteoporosis no duele

La distinción entre el envejecimiento normal y las enfermedades de los viejos no siempre es sencilla, y ha cambiado en los últimos años. No hace mucho tiempo que se consideraba normal en un ancianito que se le elevara un poco la presión arterial, circulara menos sangre en sus tejidos, le aparecieran manchas en la piel expuesta al sol y tuviera algunos olvidos, y hasta ciertos trastornos mentales menores, cuando se decía que estaba “chocheando”. La aterosclerosis, la hipertensión sistólica, la queratosis senil y el deterioro cerebral se consideraban parte del proceso de envejecimiento, y no se hacían intentos de corregirlos o detenerlos, puesto que se percibían como normales. Algo parecido ocurrió con la deficiencia de estrógenos propia de la menopausia, dado que ocurre en la totalidad de las mujeres que alcanzan la edad suficiente. Con la osteoporosis ha ocurrido lo mismo: a nadie sorprendía que con los años la gente disminuyera de estatura (se encogiera), se le deformara la espalda (se jorobara) o que sus huesos se volvieran frágiles con los golpes físicos.

Muchos de estos cambios van ocurriendo en forma paulatina, sin un límite preciso que distinga lo normal de lo anormal. La aterosclerosis y la osteoporosis suelen ser paralelas al proceso de envejecimiento, y no se puede decir que una persona que ayer no las tenía hoy ya las tiene. Conforme uno envejece, los vasos se van endureciendo y los huesos reblandeciéndose. Con la menopausia se acelera un tanto la osteoporosis. Pero más allá de las deformidades, el problema de la osteoporosis es que predispone a las fracturas y que éstas, en los ancianos, no son males menores, como a veces lo son en los jóvenes. Una fractura en un anciano obliga al menos a inmovilización, la que tiene sus riesgos, pues favorece la atrofia muscu-



lar por falta de uso, la aparición de úlceras cutáneas por presión o la neumonía por permanecer acostado. Las fracturas muchas veces requieren cirugía, con lo que se aumentan las probabilidades de infección o de embolia. No es rara la vez que quedan secuelas o se precisa de una reintervención quirúrgica. En otras palabras: en los ancianos, una fractura puede ser el principio del fin.

Se dice que de 30 a 50% de las mujeres y de 15 a 30% de los hombres sufren fracturas relacionadas con osteoporosis a lo largo de su vida. El desarrollo de esta fragilidad ósea se va haciendo de manera paulatina, indolente, inadvertida, pues la osteoporosis no duele mientras no provoque fracturas. Es verdad que muchas veces genera microfracturas, como las que explican que las vértebras se compriman y se reduzca la estatura de la persona, pero aun estas microfracturas pueden pasar inadvertidas. Las personas mayores que se quejan de dolores musculoesqueléticos suelen más bien tener una enfermedad de las articulaciones, de las coyunturas, en las que se ponen en contacto dos o más huesos; esta enfermedad se llama osteoartritis, enfermedad articular degenerativa o artrosis, y se debe al desgaste del cartílago que cubre las superficies de contacto y que permite que un hueso se deslice fácilmente sobre el otro. Ésta es una enfermedad diferente de la osteoporosis. Lo importante es que la osteoporosis es un trastorno que se puede detener,

y que con ello se puede reducir la probabilidad de sufrir fracturas. Hoy en día hay al menos cuatro medicamentos que han demostrado que pueden evitar el deterioro del hueso: alendronato, resendronato, raloxifeno y paratohormona. Muchos otros remedios que se ofrecen en el mercado no han comprobado ser verdaderamente capaces de detener la progresión del deterioro óseo. Muchas personas toman suplementos de calcio, pero conviene precisar cuál es su papel. La cantidad de calcio que se ingiere es esencial para evitar la osteoporosis, pero sólo durante la adolescencia. Tomar más calcio si se está en la edad en que suele aparecer la osteoporosis resulta superfluo. Sin embargo, si una persona no ingiere un mínimo de calcio en su alimentación, se puede acelerar el proceso de desmineralización del hueso; por eso se recomiendan los suplementos de calcio, para no correr el riesgo de que las personas tomen menos calcio del necesario, pero tomar mucho calcio no mejora la osteoporosis. Uno se preguntaría por qué no recomendar a toda la población que, a partir de cierta edad, comience a recibir alguno de los cuatro medicamentos que han comprobado detener la osteoporosis. La razón de que no se haga esto es que ninguno de ellos es 100% efectivo, inocuo, tolerado y barato. Por ello, se sigue prefiriendo tratar de identificar a las personas en quienes estos medicamentos pueden generar mejores desenlaces y prescribírseles sólo a ellas. Esta identificación requiere realizar estudios que miden la densidad de los huesos, los que se recomiendan en las personas mayores de 60 años de edad, o antes si son delgadas, si ha habido varios casos de fracturas en la familia, si fuman o si han recibido tratamientos con cortisona, pero independientemente de que tengan síntomas, porque la osteoporosis no duele.

Migraña: ¿una enfermedad benigna?

El hecho de que muchas personas padezcan migraña o jaqueca (17% de las mujeres y 6% de los hombres) sin sufrir mayores consecuencias sobre su salud general nos ha conducido a pensar que es un trastorno benigno, de relativamente poca importancia sanitaria, más molesto que serio. Sin embargo, por un lado, la misma Organización Mundial de la Salud señala que un día con migraña intensa produce un alto grado de discapacidad, comparable a la de una parálisis, y por el otro hay algunos indicios de que puede ser una enfermedad progresiva y tener complicaciones.

La migraña es un trastorno episódico que se manifiesta por dolor de cabeza, frecuentemente de una mitad de ella (de allí su nombre, que significa hemicránea), y por sensibilidad aumentada a distintos estímulos, como la luz (fotofobia), el ruido (sonofobia) y los movimientos de la cabeza. Los pacientes tienden a aislarse del ruido, a procurar la oscuridad y a mantenerse inmóviles. En algunos casos, el dolor es precedido por percepciones visuales, que pueden ser una sensación de deslumbramiento, pérdida de una parte del campo visual, ondulación o vibración de las imágenes, identificación de luces o moscas volando y una gran variedad de visiones, algunas de las cuales han inspirado a los artistas plásticos, que las han dejado plasmadas en sus obras; varios cuadros de pintura moderna son visiones de la migraña. Estas visiones, que en general preceden al dolor, se denominan “aura”. Hay migrañas con aura y migrañas sin aura, y hasta auras sin migraña (es decir, sin dolor), lo cual las hace difíciles de diagnosticar. Muchos pacientes, en cuanto perciben el aura, ya saben que pronto vendrá el dolor, y es el momento apropiado para tomar algún medicamento que lo evite.



Pero la migraña es más que un dolor de cabeza. Se acompaña de un aturdimiento tal (de hecho, una disfunción neurológica) que impide continuar las actividades cotidianas, y dado que la mayor frecuencia es precisamente en la edad productiva (entre los 30 y los 50 años de edad), es una de las causas de ausentismo laboral, máxime que la actividad física puede aumentar el dolor. Muchos pacientes experimentan también náusea y vómito, y algunos de ellos mejoran en cuanto logran vomitar.

La migraña implica fenómenos vasculares, incluyendo constricción y dilatación. El aura pudiera relacionarse con un espasmo arterial que reduce temporalmente la cantidad de sangre que llega a una cierta zona del cerebro, en tanto que la fase de dolor puede estar relacionada con un ensanchamiento del diámetro del vaso sanguíneo. Se ha pensado que esta variación en el calibre vascular, junto con otros cambios bioquímicos, puede tener otras consecuencias, y que entonces la migraña podría no ser una enfermedad totalmente benigna, sino estar relacionada con algún daño neurológico permanente.

Desde hace muchos años se han reconocido casos excepcionales de migraña complicada, por ejemplo la llamada migraña oftalmopléjica, en la que alguno de los ojos sufre una desviación, transitoria o permanente, durante un ataque de migraña, o la migraña hemipléjica, en la que la mitad del cuerpo sufre una parálisis

o una disminución de la fuerza, tal y como ocurre en los infartos cerebrales. Recientemente se ha sugerido que la migraña predispone efectivamente al desarrollo de infartos cerebrales, sobre todo en los casos que van precedidos de aura y en especial en las mujeres que toman anticonceptivos orales. Al compararlos con personas sanas de la misma edad y sexo, los pacientes con migraña casi duplican el riesgo de un infarto cerebral, y la asociación con anticonceptivos lo multiplica por ocho. Esto no quiere decir que los migrañosos tengan un riesgo muy alto de lesión cerebral, y hasta ahora no se han recomendado medidas preventivas para ello, como el uso de Aspirina® en dosis bajas o de otros antitrombóticos. Tampoco se sabe si el tratamiento efectivo de la migraña, ya sea el que evita las crisis o el que las yugula, reduce la probabilidad de desarrollar una lesión neurológica permanente.

Todo indica, entonces, que la migraña es un trastorno de importancia sanitaria mayor que la que se le ha concedido hasta ahora; al margen de que pudiera propiciar secuelas neurológicas, es un problema frecuente, que interfiere seriamente con la vida cotidiana de las personas y genera molestias e incomodidades suficientemente serias como para atenderlo con más cuidado.

Hipertensión de bata blanca

La hipertensión arterial es, ciertamente, uno de los males de nuestro tiempo. Su importancia radica, por un lado, en su muy alta frecuencia, pues uno de cada tres adultos la padece, pero, sobre todo, en las consecuencias que puede tener a largo plazo, pues está implicada en las enfermedades vasculares del cerebro (infarto, hemorragia), la enfermedad coronaria (infarto del miocardio, angina de pecho, muerte súbita), la insuficiencia cardiaca y la insuficiencia renal. Empieza por producir daño en el endotelio de los vasos, que es la membrana que los cubre por dentro, y es un primer paso hacia la aterosclerosis. Está, entonces, en el fondo de muchas de las causas de muerte en los adultos y de muchas de sus enfermedades.

Aunque se desconoce su origen y por ello no la sabemos curar, existen suficientes medidas eficaces para al menos normalizar la presión arterial, con lo que se evitan los daños y se restablece la esperanza de vida. Su importancia sanitaria es aún mayor porque, al ser una enfermedad con pocos síntomas o ninguno (la han llamado “el asesino silencioso”), muchos pacientes ignoran que son hipertensos y otros no se apegan al tratamiento porque se sienten bien, incluso mejor que con los medicamentos. Otros más no se ven a sí mismos como hipertensos y ofrecen diversas explicaciones, como los nervios, el que acaban de comer, que tomaron unas copas o que están un poco cansados o preocupados. La hipertensión es la protagonista de una paradoja en la que, si bien hay un tratamiento eficaz que la controla, los pacientes siguen muriendo por sus complicaciones y sufriendo discapacidad por sus secuelas. Durante mucho tiempo, el diagnóstico de hipertensión arterial se sustentaba en la medición casual de la presión arterial, acaso en forma repetida, porque se consideraba hipertenso sólo al que tenía la presión



arterial sostenidamente alta. Hoy sabemos que existen muchas variaciones en la presión durante el día y al cabo de diferentes días, y que su medición en un instante determinado no es la mejor manera de averiguar si un individuo es hipertenso o no y de estimar sus riesgos. En los últimos años se han desarrollado dispositivos para medir continuamente la presión arterial, y se ha podido ver que lo que correlaciona mejor con la posibilidad de que se originen daños es el promedio de las mediciones y no una medición aislada, por más alta que se encuentre.

Algunas personas aparentemente normales muestran un fenómeno peculiar que se ha llamado “hipertensión de bata blanca”, y consiste en que se les sube la presión arterial pero sólo en el consultorio o en el hospital, mientras que el resto del tiempo ésta se mantiene normal, según se puede constatar mediante la medición continua. Se suele pensar que esta elevación depende del miedo y la incertidumbre que conlleva el enfrentamiento con el médico, con otro personal sanitario o con el contexto de la atención médica. Recuérdese que los médicos manejamos, casi siempre involuntariamente, varios instrumentos de tortura que muchos pacientes temen, como inyecciones, intervenciones quirúrgicas, maniobras dolorosas, invasiones de la intimidad, medicamentos agresivos, diagnósticos amenazadores,

pronósticos ominosos y prohibiciones diversas de las conductas placenteras. Tan intimidantes somos que a los niños ya no los asustan con el “coco” como antes, sino con el médico: “si no te portas bien te llevo al médico para que te inyecte”.

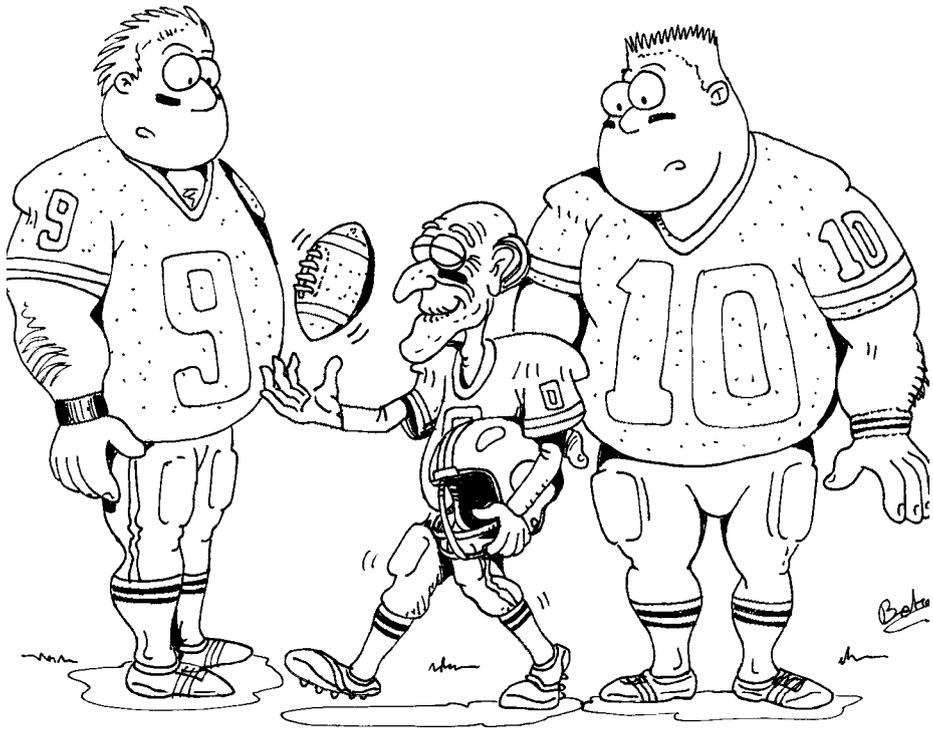
En la hipertensión de bata blanca, la diferencia entre la medición hecha en el consultorio y la realizada en el hogar puede alcanzar 27 mmHg para la alta (sistólica) y 15 para la baja (diastólica).

Este peculiar trastorno había sido menospreciado, y varios estudios sugerían que no significaba un verdadero riesgo. Sin embargo, se ha probado que muchos de estos casos ya muestran un cierto daño endotelial, y una investigación reciente realizada en Japón y que forma parte del estudio denominado de Ohasama (*Arch Intern Med* 2005;165:1541-1546) mostró que, en el curso de ocho años, 60 de 128 personas (46.9%) con hipertensión de bata blanca se volvieron hipertensos sostenidos, mientras que esto mismo ocurrió en sólo 144 de 649 (22.2%) personas con presión arterial normal. Esto significaría que la hipertensión de bata blanca no es un trastorno benigno, pues casi la mitad se volverán hipertensos en los próximos años, y varios de ellos ya muestran los mismos daños que produce la hipertensión, aunque ciertamente de menor magnitud. Todo hace pensar que la hipertensión de bata blanca es una etapa temprana de la enfermedad hipertensiva, y se empieza a considerar que las personas que la sufren también deberían recibir tratamiento y no sólo vigilancia. Al menos la capacidad intimidatoria que tenemos los médicos puede servir para desenmascarar anticipadamente al asesino silencioso, igual que lo hace una prueba de esfuerzo en el caso de la enfermedad coronaria.

Las ventajas adicionales del tratamiento de la hipertensión

La hipertensión arterial es una de las enfermedades más frecuentes en la sociedad occidental contemporánea, pues afecta prácticamente a uno de cada tres adultos. Dado que en casi la totalidad de los casos se desconoce la causa por la cual se eleva la presión arterial, hoy en día el tratamiento se limita a reducir la enfermedad (sin curarla), pero con esto se obtienen muchos beneficios, siempre y cuando los pacientes sigan disciplinadamente las prescripciones. Para decirlo en pocas palabras: el tratamiento apropiado restituye la esperanza de vida que se encontraba acortada por efecto de la hipertensión, es decir, los pacientes hipertensos correctamente tratados viven igual que los normales y, por supuesto, más que los hipertensos que no reciben medicación o que los que son incorrectamente tratados. El problema más frecuente en el tratamiento de la hipertensión es que los pacientes suspenden sus medicamentos porque se sienten bien y no perciben la necesidad de seguirlos tomando. La medicación se suele denominar antihipertensiva y no hipotensora (que significaría que reduce la presión arterial), porque muchas de las sustancias que se utilizan sólo disminuyen la presión arterial si ésta se encuentra elevada.

En la gran mayoría de los casos, los medicamentos son muy bien tolerados por los pacientes, lo cual es afortunado porque tienen que seguir tomándolos toda la vida. En una pequeña proporción; sin embargo, aparecen efectos colaterales adversos, muchos de ellos tan sólo incómodos pero no peligrosos, que se tienen que contrastar con las ventajas que ofrecen, y a partir de ello decidir si conviene un cambio de medicación. El número de medicamentos antihipertensivos es muy grande, de tal manera que se puede decir que no hay mejores, sino que algunos



armonizan mejor con las características de ciertos pacientes; en todo caso, ningún paciente tiene por qué quedarse sin los beneficios de una medicación antihipertensiva eficaz.

Pero hoy se habla de ventajas adicionales de los tratamientos antihipertensivos. Varios de los tratamientos antihipertensivos, además de liberar a todo el organismo de los efectos dañinos de la presión alta, tienen otras ventajas. Algunos mejoran la función del endotelio (la capa de células que cubre el interior de los vasos sanguíneos), lo que ahora se considera fundamental en la producción de aterosclerosis, ayudan al corazón al reducir su necesidad de oxígeno o protegen los riñones, independientemente de su efecto sobre la hipertensión.

Recientemente se ha empezado a hablar de una nueva ventaja: la protección de los huesos contra posibles fracturas. En efecto, los llamados bloqueadores beta, un grupo de fármacos que se utilizan a menudo en el control de la hipertensión arterial y que incluyen al metoprolol, el atenolol y otros, han mostrado en pruebas en animales que aumentan la formación de hueso. Las tiazidas, medicamentos que forman parte del grupo de los diuréticos porque propician la formación de orina, y que se utilizan en dosis pequeñas (subdiuréticas) para disminuir la presión arterial alta, tienen la propiedad de reducir la pérdida de calcio.

En un estudio reciente publicado en la revista de la Asociación Médica Americana (*JAMA* 2004;292:1326-1332) y realizado en más de 150 000 personas, se observó que el riesgo de desarrollar fracturas fue 23% menor entre los que consumían bloqueadores beta que en los que no recibían estos medicamentos, 20% menor en los que recibían tiazidas y 29% menor en los que recibían una combinación de ambos medicamentos, combinación relativamente común en la práctica.

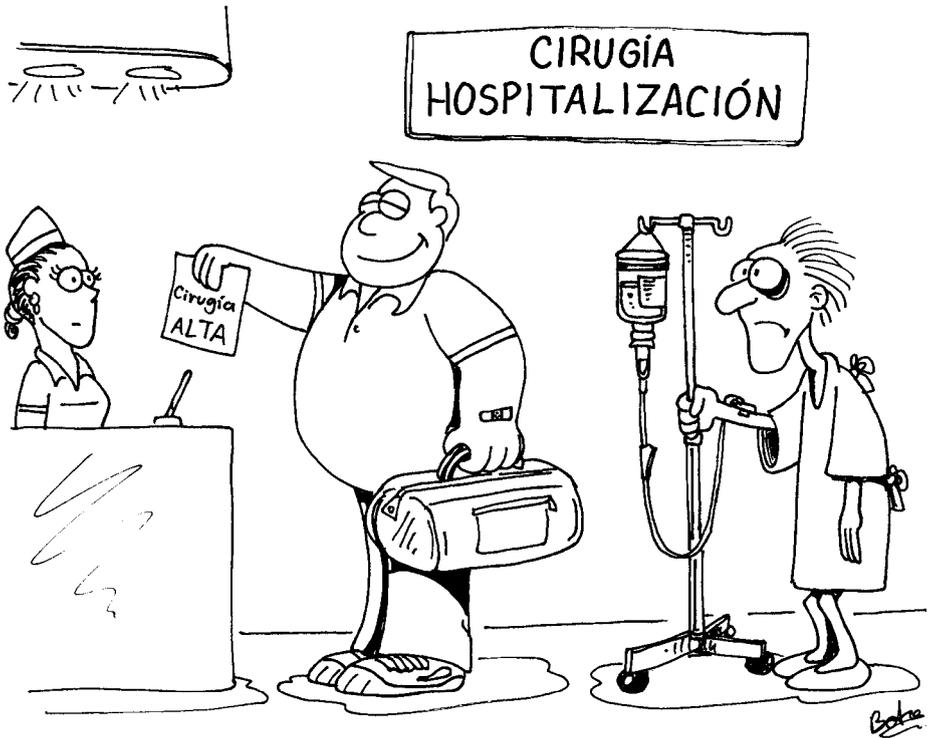
Todo esto plantea que, si no aparecen efectos colaterales adversos, el uso de medicación antihipertensiva tiene ventajas que van más allá de la sola reducción de la presión arterial (lo que sería ya más que suficiente). Se ha postulado incluso la posibilidad de que aun los no hipertensos utilicen algunos de estos medicamentos para aprovechar sus beneficios.

Las ventajas de estar gordo

La obesidad y el sobrepeso se reconocen hoy en día como enfermedades en sí mismas, pero también como condiciones que aumentan el riesgo de padecer otras. Además de las consideraciones estéticas o de bienestar, implican una mayor probabilidad de desarrollar diabetes, hipertensión arterial, piedras en la vesícula biliar, degeneración de los cartílagos articulares, problemas en la columna vertebral, apnea del sueño, aterosclerosis, gota y otras, lo cual pone en evidencia sus inconvenientes sanitarios. Se ha hablado de un comportamiento epidémico, al grado que cerca de la mitad de la población está afectada por obesidad o sobrepeso, incluidos los niños.

Para propósitos de hacer correlaciones cuantitativas, la obesidad y el sobrepeso se mencionan hoy en día en términos del índice de masa corporal (IMC). Éste es un cociente que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos entre el cuadrado de la estatura medida en metros. Este índice ha sustituido a las tablas de peso/talla que se utilizaban en el pasado para clasificar las desviaciones del peso en comparación con un ideal. Se considera que un IMC entre 18.5 y 24.9 traduce un peso saludable; uno menor de 18.5 implica bajo peso, frecuentemente por desnutrición; uno entre 25 y 29.9 es sobrepeso, y uno de más de 30 se considera obesidad. Todavía hay una categoría más, que se denomina “obesidad mórbida”, y que es cuando el IMC es mayor de 39; esta categoría califica a los casos en que se justifican los procedimientos quirúrgicos para bajar de peso.

Curiosamente, unos cuantos estudios han planteado que los obesos tienen algunas ventajas sobre los delgados; es lo que se ha llamado la paradoja de la obesidad y, por supuesto, ha generado una amplia polémica. Todos conocemos los



inconvenientes de la obesidad y el sobrepeso, pero ¿realmente tienen alguna ventaja? En otras épocas, los padres aspiraban a tener niños rubicundos y robustos, y el modelo de los anuncios comerciales eran lactantes obesos. Igualmente, los adultos se describían como de aspecto saludable si eran gordos y chapeados. Los gorditos de hoy en día suelen presumir que ellos tienen mejor carácter que los delgados, más sentido del humor, mayor tolerancia en las discusiones y hasta —dicen— mejor desempeño sexual. También se ha dicho que los que llegan a una edad avanzada con sobrepeso tienen una mejor esperanza de vida que los delgados.

Con la hipótesis del gen ahorrativo se muestra que los obesos tienen organismos energéticamente más eficientes, pues necesitan menor cantidad de alimento para funcionar y mantener su peso (lo cual, por supuesto, no consuela a ningún obeso). Se ha especulado que todas las enfermedades debilitantes, entre ellas el cáncer, suelen ser menos dramáticas en los obesos, porque éstos tienen una mayor reserva. Por ejemplo, se ha visto que en el cáncer de riñón, las personas con IMC de más de 25 tienen una mayor supervivencia que quienes tienen menos de 25. La insuficiencia renal, una enfermedad devastadora, tiene una supervivencia menor en los desnutridos que en los de peso normal, y hay todo un debate acerca de si

en estos casos el sobrepeso aumenta la esperanza de vida. Recientemente se encontró (*Arch Intern Med* 2005;165:55-61) que los pacientes con insuficiencia cardíaca tienen un mejor pronóstico si su IMC es mayor de 25. Por lo menos en un estudio (*J Am Coll Cardiol* 2002;39:578-584), los pacientes con enfermedad coronaria sometidos a cateterismo tuvieron más complicaciones cuando tenían un IMC bajo o normal que si lo tenían alto, y se ha encontrado una relación entre el bajo peso al nacer y el riesgo de desarrollar diabetes.

También parece ser cierto que una obesidad estable tiene menos inconvenientes que los múltiples rebotes de quienes intentan reiteradamente bajar de peso; los periodos con mayor peligro, en términos de anormalidades metabólicas, son precisamente aquellos en los que está ocurriendo el aumento de peso, periodos que se multiplican en las personas que bajan y suben de peso con frecuencia. Algunos expertos han considerado que una buena recomendación a los obesos es que coman lo más normalmente posible y que acepten su obesidad.

Pero todas estas supuestas ventajas no son más que patadas de ahogado. Por más que se quieran encontrar atenuantes o se trate de minimizar sus riesgos, las desventajas parecen abrumadoras. Aun el cáncer, del que se ha dicho que los obesos lo resisten mejor, se asocia estadísticamente con un IMC alto, al menos el cáncer de colon, el de mama en las mujeres menopáusicas, el de endometrio y el de esófago. Las muy cuestionables ventajas de ser gordo no son más que un pequeño consuelo para un grupo de individuos que, además de vivir bajo una amenaza constante para su salud y su supervivencia, y de estar inconformes consigo mismos, suelen sufrir discriminación, menosprecio, marginación y burla.

La epidemia de obesidad y diabetes a la luz de la hipótesis del genotipo ahorrativo

Las personas obesas se suelen quejar de que no comen tanto como para explicar su exceso de peso, que todo les aprovecha, sobre todo si se comparan con lo que comen algunos individuos delgados que son el objeto de su envidia. Lo cierto es que todos conocemos a “flacos comelones”, con cuerpos malagradecidos, que parecen desmentir la ecuación de que el sobrepeso es consecuencia exclusiva de la sobreingesta.

Al margen de que algunos de estos obesos pudieran estar mintiendo en cuanto a la cantidad de calorías que ingieren —para exculparse de la satanizada obesidad—, lo cierto es que hay pruebas científicas de que, en efecto, el organismo de los obesos es más eficiente que el de los delgados, es decir, que aunque ingieran relativamente pocas calorías, no logran bajar de peso con facilidad y hasta lo incrementan. Se considera que uno de los mayores fracasos de la medicina contemporánea ha sido precisamente el tratamiento de la obesidad, que se ha enfocado principalmente en matar de hambre a los pacientes.

La característica de un cuerpo que no necesita tanto alimento para sobrevivir y funcionar la comparten los obesos con los pacientes diabéticos; también el organismo de éstos funciona con poco combustible. Esto, que hoy en día parece constituir un claro inconveniente en términos de salud, en épocas de falta de alimentos puede significar una evidente ventaja, y hasta representar la diferencia entre la vida y la muerte.

Con base en observaciones como éstas, el Dr. James Neel postuló, en 1962, una hipótesis que entonces se llamó del “gen ahorrativo”, y que sigue teniendo vigencia ante la epidemia de diabetes y obesidad que está ocurriendo en nuestra época.



La hipótesis se emitió en un periodo en que el avance de la genética era todavía modesto, pero no ha sido desmentida, y ayuda a explicar los hechos que ocurren hoy en día.

Según esta hipótesis, en las épocas de hambruna —que han sido muchas en la historia de la humanidad— sólo logran sobrevivir las personas que tienen organismos energéticamente eficientes, pues sus cuerpos no necesitan tanto combustible. Mientras que otros sucumben por inanición o desnutrición, los organismos que poseen esta ventaja adaptativa perduran, se reproducen y transmiten este rasgo genético a sus descendientes. Al cabo de generaciones, una cierta población se conforma primordialmente por individuos de este tipo, los que fueron seleccionados bajo la presión de la carencia de alimentos.

Cuando llegan épocas de abundancia, o por lo menos de no tanta escasez de alimentos, estos organismos, ahora expuestos a consumos normales o excesivos de calorías, tienden a desarrollar obesidad y diabetes, que no se habían manifestado en generaciones previas simplemente porque no se había tenido acceso a los alimentos. Esto es, precisamente, lo que ha ocurrido, por ejemplo, con algunos migrantes de origen indígena, ancestralmente desnutridos, cuando se han visto expuestos a la forma de comer que se acostumbra en EUA: brota esta tendencia

genética que sólo esperaba las condiciones apropiadas para manifestarse. Por eso, los grupos de mexicanos que viven en ese país tienen una incidencia tan alta de diabetes y obesidad. Los indios pima de Arizona tienen cinco veces más diabetes y obesidad que los de Sonora, diferencia que se explica por el mayor acceso a los alimentos que tienen los primeros, que viven en EUA, y por la forma estadounidense de comer. Los chinos, más o menos homogéneos genéticamente, tienen una mayor frecuencia de diabetes según habiten en áreas con mayores o menores costumbres occidentales (la llamada occidentalización o globalización o, como algunos la han llamado festivamente, “cocacolonización”). En Taiwán la frecuencia de diabetes es mucho mayor que en la China continental.

La hipótesis se ha perfeccionado, por ejemplo, en el sentido de que ya no se habla de un gen, sino de un conjunto de ellos, y hoy es la hipótesis del “genotipo ahorrativo”. La posesión de este genotipo, que en algún momento fue una ventaja para enfrentar la hambruna —al grado que los descendientes de quienes lo tenían pudieron llegar a nuestros días—, pasó a ser hoy la desgracia de millones de personas que tienen que contender con un cuerpo excesivamente eficiente, que les exige una moderación extrema para no conducirlos hacia la enfermedad crónica.

Medicamentos contra la obesidad

La medicalización de la sociedad ha propiciado que todo se quiera resolver con medicamentos; al fin y al cabo, lo más que se requiere de las personas es que se apeguen a instrucciones sencillas. Los obesos y los individuos con sobrepeso están constantemente al acecho de algún remedio mágico que, sin exigir mayores sacrificios de su parte, como no sea el tomar una píldora, les ofrezca una reducción de peso rápida y sin riesgos. La proliferación de clínicas y remedios no es más que un argumento de que no se ha encontrado aún el tratamiento eficaz. Pero lo más grave no es la relativa falta de eficacia, sino que algunos pacientes corren peligro; y es más lamentable si no tratan de evitar las complicaciones de la obesidad, sino que lo que quieren es tener una silueta que se ajuste a los estándares que plantea la sociedad contemporánea.

Hay muchos medicamentos en el mercado que se promueven como remedios para la obesidad, pero pocos de ellos han sido sometidos a una auténtica evaluación científica. Varios de ellos pueden ser desaconsejados en virtud de que los inconvenientes superan de manera importante a los eventuales beneficios. Tal es el caso de los medicamentos utilizados por algunos médicos, que los fabrican o los envasan en sus propios consultorios, sin marca ni fórmula que exprese lo que contienen, y que se comercializan como remedios secretos o mágicos. Independientemente de que tal práctica está prohibida por las autoridades sanitarias, dado que los médicos no están autorizados para vender medicamentos, y nadie los puede expender sin nombre o fórmula, el riesgo es muy claro, ya que si llegaran a aparecer efectos adversos, quien atienda el caso no estará en posibilidad de neutralizarlos, puesto que desconoce el contenido de los medicamentos. La mayor



parte de las veces éstos contienen, subrepticamente, hormonas tiroideas (que, si bien inducen una pérdida de peso, lo hacen generando una enfermedad llamada hipertiroidismo), diuréticos (que provocan una reducción de peso, pero no a expensas de la grasa, sino de los líquidos del cuerpo, y pueden generar trastornos electrolíticos) y supresores del apetito (anorexigénicos), muchos de los cuales requieren una vigilancia especial.

La búsqueda de un remedio farmacológico de la obesidad es perfectamente legítima mientras se sigan los preceptos de la ciencia y se garantice la seguridad de los pacientes. Se debe tener en cuenta que estos remedios, si bien diseñados para casos de obesidad y sobrepeso, acaban siendo utilizados por personas que acaso tienen un sobrepeso marginal o no tienen ninguno, pero que lo que más tienen es tan sólo un afán de llenar los criterios estéticos de hoy en día.

En fecha reciente, un grupo de investigadores revisaron las evidencias científicas acerca de ocho de los medicamentos más utilizados para reducir el peso (*Ann Intern Med* 2005;142:532-546). Estos medicamentos son sibutramina (que se vende

con los nombres de Raductil® y Ectiva®), fluoxetina (Prozac® y otros), sertralina (Altruline®), fentemina (Sinpet®), dietilpropión (Tenuote®), zonisamida (Zonegran®), topiramato (Topamax®) y orlistat (Xenical®). En nuestro país hay varios más en el comercio.

Lo primero que destaca de esta lista es la heterogeneidad de las sustancias. Algunas fueron diseñadas específicamente para el tratamiento de la obesidad, mientras que otras tenían originalmente otros propósitos, pero por casualidad se descubrió que reducían el apetito; entre ellos están los antidepresivos (fluoxetina y sertralina) y los anticonvulsivos (topiramato). Ni qué decir que los pacientes obesos que además son deprimidos o epilépticos se pueden beneficiar doblemente. El topiramato, además, tiene efecto en la prevención de la migraña, de tal manera que sería útil en los obesos migrañosos. Los medicamentos mejor estudiados son el orlistat y la sibutramina. El primero evita la digestión de las grasas en el intestino, de tal manera que se eliminan por el excremento; el segundo es un inhibidor del apetito que, además, estimula el gasto de energía por el tejido graso. Analizando sólo los estudios con metodología científica apropiada, se encontró que el efecto de todos ellos sobre la reducción de peso es bastante modesto, aproximadamente unos 3 kg en 12 meses (varía según el producto), que no hay suficientes estudios que los valoren a un plazo más largo y que casi todos ellos pueden tener efectos adversos que ameriten vigilancia por parte de los médicos, aunque aquéllos no suelen ser graves. Se podría concluir que todavía no existe la píldora contra la obesidad; que los medicamentos actuales pueden complementar por un tiempo corto las medidas dietéticas, y que en términos de salud no vale la pena que las personas con sobrepeso leve los utilicen. Como la obesidad y el sobrepeso son problemas epidémicos que reducen la esperanza de vida, la búsqueda debe seguir, puesto que los tratamientos no farmacológicos tampoco suelen ser eficaces a largo plazo.

Hacia una medicina personalizada

Un viejo aforismo que dice que “no hay enfermedades, sino enfermos” ha orientado a los médicos a individualizar a cada paciente y considerarlo único, aunque comparta un diagnóstico con muchos otros pacientes. Por ejemplo, no todos los diabéticos son iguales, independientemente de que todos tengan elevación de la glucosa en la sangre. Las diferencias se muestran, entre otras cosas, en la gravedad de la enfermedad, la antigüedad, las complicaciones y secuelas, la presencia de enfermedades concomitantes y la respuesta a los diferentes tratamientos, de tal manera que se puede hacer una caracterización específica de cada enfermo y seleccionar el manejo apropiado para cada caso. La idea es que, igual que un traje, el tratamiento de todas las enfermedades se confeccione a la medida de cada paciente.

Agrupar a los enfermos según sus semejanzas soslayando las diferencias ha permitido avanzar en el conocimiento de las distintas enfermedades, pero no hace justicia a las necesidades de cada uno de ellos. Individualizar las dosis de los medicamentos según el peso de cada enfermo o los metros cuadrados que mida su superficie corporal ha sido un primer abordaje para considerar las diferencias personales. El que un paciente haya tenido previamente reacciones adversas a un cierto medicamento prohíbe su empleo subsecuente, con lo que también se avanza en la personalización del tratamiento.

La variabilidad entre pacientes puede ser muy grande, al grado que algunos no presentan ninguna respuesta al medicamento o tienen reacciones adversas graves. Esto puede deberse a las condiciones en que en ese momento se encuentra el organismo; por ejemplo, por mala función renal o hepática, o a diferencias genéticas que imprimen su peculiaridad.

Los seres humanos diferimos en nuestra estructura genética; si bien compartimos muchos genes propios de la especie, tenemos otros que nos hacen diferentes, irrepetibles y únicos. Algunas de estas diferencias son relativamente sutiles, que apenas se expresan, que no se notan, pero en cuanto nos exponemos a algún fármaco se pueden hacer evidentes. Hoy se habla, más que de la presencia o no de ciertos genes que predisponen a una enfermedad o predicen la respuesta a un medicamento, de pequeñas variaciones en la composición del ácido desoxirribonucleico, apenas de un nucleótido, que se conocen internacionalmente como SNPs (se les suele decir *snips* en el lenguaje verbal), lo que significa “polimorfismos de un solo nucleótido” (en inglés, *single nucleotide polymorphism*). Se trata de diferencias en un solo componente del código, en una sola letra dentro de una larga secuencia, suficiente para imprimir una predisposición a cierta enfermedad o a la respuesta a un fármaco. Esto significa que se pueden calcular las probabilidades de que una persona llegue a padecer una enfermedad concreta (por ejemplo, la de Alzheimer), de que responda a una cierta quimioterapia si llega a tener cáncer o de que no tolere un medicamento determinado. Se ha generado una disciplina llamada farmacogenómica, que es el estudio de cómo la genética individual afecta la respuesta individual del organismo a los fármacos.

Un ejemplo es lo que ocurre con los medicamentos que se utilizan para disminuir la cantidad de colesterol en la sangre. Los más eficaces actualmente son un grupo que se conoce como “estatinas” (pravastatina, simvastatina, lovastatina, rosuvastatina, fluvastatina y otros), cuyo efecto es inhibir una enzima que participa en la fabricación del colesterol dentro del cuerpo. Casi desde que se empezaron a utilizar estos medicamentos se percibió que unos pacientes respondían mejor que otros, a pesar de que se utilizaba el mismo medicamento, en las mismas dosis y de que tuviera más o menos la misma magnitud en la elevación del colesterol de la sangre. Recientemente se publicó un estudio (*JAMA* 2004;291:2821-2827) de 1 536 individuos tratados con pravastatina durante 24 semanas; en ellos se analizaron 148 *snips* de 11 genes relacionados con la síntesis de colesterol, o con su absorción y transporte, y con el metabolismo de la propia estatina, tratando de buscar la correlación entre la fórmula de *snips* y el efecto del medicamento para reducir tanto el colesterol total como el de baja densidad (conocido como colesterol “malo”).

Lo que se encontró es que una variación en el gen de la enzima a la que bloquea el medicamento (hidroximetilglutaril CoA reductasa) se asocia con una menor reducción en el nivel de colesterol cuando se administra pravastatina, es decir, se asocia con una menor eficacia del fármaco. Y como éste existen ya muchos estudios de farmacogenómica que permiten predecir cuáles individuos van a responder bien al medicamento y cuáles no, y orientan a evitar su empleo en estos últimos. Además, se puede estimar a qué personas puede hacerles daño el medicamento.



A futuro se plantea la posibilidad de que cada individuo tenga una tarjeta en la que se anoten sus *snips* importantes, y a partir de esta fórmula se le impida utilizar medicamentos inútiles o potencialmente dañinos para él, y por otro lado de que se tomen las medidas posibles para evitar que aparezcan en él las enfermedades a las que está predispuesto. También se podría conocer contra qué enfermedades está protegido según su fórmula genómica. Esto no es ciencia ficción, y pronto se aplicará en nuestro país.

Perder la matriz

Son muchas las mujeres que se someten a una operación en la que les extirpan la matriz o útero, intervención que técnicamente se conoce como histerectomía. Hoy en día la proporción de señoras mayores de 55 años que preservan su aparato genital completo es apenas de 75% en EUA y de 80% en el Reino Unido. En México, las histerectomías deben ser menos frecuentes, pero en los estratos socioeconómicos altos la cifra se puede acercar a las de aquellos países. Tal parece que hubiera una epidemia de histerectomías y que los ginecólogos han extendido sus recomendaciones. Una de ellas, ciertamente deleznable, es la que argumenta que la matriz no es más que una incubadora y que, cuando ya no puede hacer esta función porque se ha perdido la capacidad reproductiva con la edad, ya no tiene caso preservar un órgano que ya no sirve y que, en cambio, puede ocasionar dolor, hemorragias y tumores.

Hay mujeres jóvenes que pierden la matriz en una situación de emergencia en la que se les salva la vida, por ejemplo, por una hemorragia incontrolable después del parto o ante una grave infección que presenta el riesgo de generalizarse.

Pero el motivo más frecuente de una histerectomía no es, curiosamente, el cáncer, en cuyo caso podría estar perfectamente justificada, sino una enfermedad benigna del útero llamada leiomiomatosis, también conocida simplemente como miomatosis o fibromatosis uterina, fibromas o fibroides. Los leiomiomas (así se llaman los tumores que tienen su origen en el músculo liso) se originan en el seno de las paredes de la matriz, precisamente en los músculos que al contraerse ayudan al nacimiento de los bebés. Estos músculos sufren una transformación tumoral que a menudo pasa inadvertida, pero que a veces produce hemorragias y, como



consecuencia de ellas, anemia. Los leiomiomas no se malignizan y no tienen ninguna relación con el cáncer de la matriz; simplemente pueden ser voluminosos y comprimir los órganos vecinos, como el recto y la vejiga. Cuando los leiomiomas crecen hacia el interior del útero, apenas cubiertos por su membrana interna (el endometrio), se favorece la aparición de hemorragias, no necesariamente vinculadas con la época menstrual.

No se sabe cuál es la causa de los miomas. Hay un viejo aforismo que dice que “matriz que no da hijos da bolas”, aludiendo a la idea de que son más comunes en las mujeres que han pasado varios años sin tener un embarazo, no necesariamente el primero. En todo caso, la cirugía se justifica cuando hay compresión de órganos o hemorragias intratables. También las matrices caídas (prolapso) son una justificación para extirparlas, lo mismo que otras enfermedades menos comunes.

En la mayoría de las hysterectomías se preservan los ovarios, de tal modo que se elude una castración femenina. La extirpación concomitante de los ovarios provoca una menopausia quirúrgica si es que ésta no había ocurrido ya de manera natural. Pero la matriz tiene su simbolismo, y muchas mujeres se refieren a la cirugía como el momento en que “las vaciaron”. Por otra parte, algunas de ellas experimentan disfunciones sexuales después de la hysterectomía, tal vez por razones psicológicas, pero también porque se acorta la vagina y porque sus orgasmos estaban relacionados con las contracciones de la matriz que ya no se pueden dar.

Hay quien tiene la impresión de que se está abusando de la histerectomía, que se realiza por causas no muy precisas; por ejemplo, “dolor pélvico” o “hemorragias disfuncionales”, o simplemente “porque ya no sirve”. En EUA se hace una histerectomía cada minuto, mientras que en Europa se aprecia una tendencia a que disminuya el número de estas operaciones al identificarse alternativas para varias enfermedades que se acostumbraba resolver sólo con esta cirugía.

La histerectomía en manos expertas tiene pocas complicaciones, la mayoría relacionadas con el aparato urinario y con el recto, y hay varias técnicas que han disminuido la frecuencia de las molestias. Algunas investigaciones sugerían que las mujeres sin matriz tenían un riesgo mayor de morir por causas cardiovasculares, pero esto ha sido desmentido recientemente mediante estudios mejor diseñados.

La histerectomía ciertamente libera a las mujeres del fantasma del cáncer del cuello uterino, uno de los más frecuentes en nuestro país, pero no se puede proponer una mutilación preventiva como estrategia sanitaria cuando existen alternativas muy bien probadas, como la vigilancia periódica mediante estudios citológicos (Papanicolaou). Hoy se reconoce que muchas intervenciones quirúrgicas del pasado fueron innecesarias, como es el caso también de la mayor parte de las extirpaciones de amígdalas, y muchas de apéndice y circuncisiones. Es probable que en pocos años se reconozca que varias histerectomías podrían haberse evitado.

¿Prevención de la diabetes?

La magnitud de la epidemia de diabetes tipo 2 ha alcanzado tal proporción que, si no se hace algo efectivo por detenerla, se prevé que habrá una verdadera catástrofe, tanto en términos de vidas perdidas como de discapacidades y costos. Por ser la diabetes una enfermedad genética que se expresa generalmente en la edad adulta según se den o no ciertas condiciones, las primeras posibilidades teóricas para prevenirla serían el influir sobre los genes e impedir la reproducción de los diabéticos. La manipulación genética se vislumbra ya como una alternativa, aunque no a corto plazo, en tanto que atentar contra los derechos reproductivos de los diabéticos sería una estrategia totalmente inaceptable, por inhumana. Por eso, hoy por hoy sólo se puede intentar intervenir sobre los factores no genéticos de la enfermedad, en especial los estilos de vida y, sobre todo, la alimentación y el ejercicio.

La epidemia ha alcanzado su magnitud actual en buena medida como resultado de los éxitos que se han tenido en el manejo de los enfermos. Hoy en día los diabéticos ya no mueren tan jóvenes como antes, así que alcanzan a reproducirse y, por lo tanto, a transmitir los genes de la diabetes. En tiempos pasados, las diabéticas embarazadas abortaban o daban a luz bebés muertos; hoy muchos de estos embarazos se logra llevarlos a buen término. Igualmente, el mejor manejo de la disfunción eréctil, una condición muy frecuente en los varones diabéticos que limita su reproducción, también propicia la transmisión de los genes a sus descendientes. Además, la mayor esperanza de vida de la población favorece el desarrollo de diabetes, pues, cuantos más años tenga una persona, más probabilidades tendrá de volverse diabética. La diseminación de ciertos estilos de vida identificados con los estadounidenses se ha relacionado con una mayor frecuencia de diabetes,

y ya se ha visto que una combinación fatídica es la asociación de genes mexicanos con estilos de vida norteamericanos. Por ejemplo, los indios pima de Arizona tienen una frecuencia de diabetes mucho mayor que los mismos indios pima que viven en Sonora, y entre los orientales se observa un gradiente de frecuencia de diabetes en relación con el grado de occidentalización de cada pueblo.

Además de la modificación de los estilos de vida, se ha intentado el uso de fármacos para prevenir la diabetes, particularmente la metformina, un medicamento que vuelve más eficaz la insulina, ya que el estado prediabético se caracteriza por una resistencia a la acción de esta hormona. En una estimación matemática sobre los efectos de estas medidas aplicadas a personas con alto riesgo de diabetes, la expectativa a 30 años de adquirir la enfermedad se reduciría de 72 a 61% si se lograra cambiar efectivamente los estilos de vida, la probabilidad de tener una complicación sería bajaría de 38 a 30%, y la de morir por una complicación de la diabetes iría de 13.5 a 11.2%. Con metformina los resultados serían aún más modestos, aproximadamente de un tercio de los que se prevé que se lograrían con la modificación de los estilos de vida. Los autores de ese estudio definieron el alto riesgo de diabetes sólo como sobrepeso u obesidad, glucosa sanguínea en ayunas en concentraciones ligeramente altas (sin alcanzar los niveles que hacen diagnóstico de diabetes) o una curva de tolerancia a la glucosa anormal.

Como puede verse, los resultados son a largo plazo, de una magnitud insuficiente en términos de salud pública y a un costo elevado. Si se intentara aplicar estas estrategias a la población general y no sólo a las personas de alto riesgo, los resultados serían todavía menos satisfactorios y más costosos. Hay que tomar en cuenta también que muchas personas no están dispuestas a cambiar sus hábitos ni a tomar un medicamento durante 30 años, sobre todo si no se sienten mal, ya que no todos tienen una visión preventiva, sino que prefieren gozar el momento ante lo incierto del futuro, y que los medios publicitarios tienden a oponerse a la adopción de estilos de vida saludables.

Por otro lado, si se admite que la diabetes es una enfermedad genética, se tiene que aceptar que existe desde la concepción, aunque no se exprese con síntomas o alteraciones en las pruebas de laboratorio. En tal caso, la modificación de los estilos de vida o el uso de medicamentos para disminuir la resistencia a la insulina no serían procedimientos estrictamente preventivos, sino estrategias para retardar, si acaso, su aparición clínica, lo que desde luego no sería un logro despreciable. En conclusión, el panorama se muestra terrorífico, y no se vislumbran verdaderas alternativas que permitan moderarlo significativamente.

El azúcar y la prevención de la diabetes

La diabetes se considera hoy en día una enfermedad genética, aunque se requiere la participación de muchos factores no genéticos para que se manifieste. En otras palabras, se nace con la predisposición a la enfermedad, pero para que ésta aparezca tienen que ocurrir ciertos eventos conocidos como diabetogénicos o precipitantes. Algunas personas con los genes de la diabetes pasan toda su vida sin que se manifieste la enfermedad, lo cual no significa que no sean capaces de transmitirla a sus descendientes. Por eso, aunque es una enfermedad claramente hereditaria, algunos diabéticos no reconocen antecedentes de la enfermedad entre sus familiares.

Muchos diabéticos empiezan a serlo después de un gran susto o coraje; otros, coincidiendo con una infección; otros más, después de recibir ciertos medicamentos (como la cortisona), y muchos en cuanto suben de peso hasta alcanzar niveles de obesidad. Esto, por supuesto, no significa que estos factores fueran los causantes de la diabetes, pues no tendrían tal efecto en personas que no estuvieran genéticamente predispuestas a ella. Hoy por hoy se considera que lo que está en las manos de uno para prevenir la diabetes tipo 2 (la más frecuente), a pesar de que se tenga la carga genética, es mantenerse delgado, pues los otros factores, como las situaciones emocionales o las infecciones, no se pueden evitar del todo.

Se ha dicho que vivimos una epidemia de diabetes, y tal vez una pandemia, porque afecta a casi todos los países. Hay mucho interés de los ministerios de salud por reducir la creciente incidencia de la enfermedad, por sus devastadores impactos sociales y económicos. Se ha pensado que este aumento en la frecuencia tiene que ver con la adopción de los estilos de vida occidentales, particularmente los estadounidenses (lo que se ha calificado como “occidentalización”, “globali-



zación”, “cocacolonización” o hasta “macdonalización”), que incluyen sedentarismo, alimentación rica en grasa e hidratos de carbono y baja en fibras. Como hoy en día no es posible aún hacer cambios en los genes y no se suelen acatar los consejos genéticos, las estrategias preventivas se han dirigido a tratar de modificar los estilos de vida, lo cual no ha resultado tampoco fácil, pues las recomendaciones saludables compiten con las que no lo son y con su costosa mercadotecnia, además de que implican abandonar costumbres y hábitos muy arraigados. Se están buscando, entonces, medidas más sencillas que puedan tener un impacto real en la prevención de la diabetes.

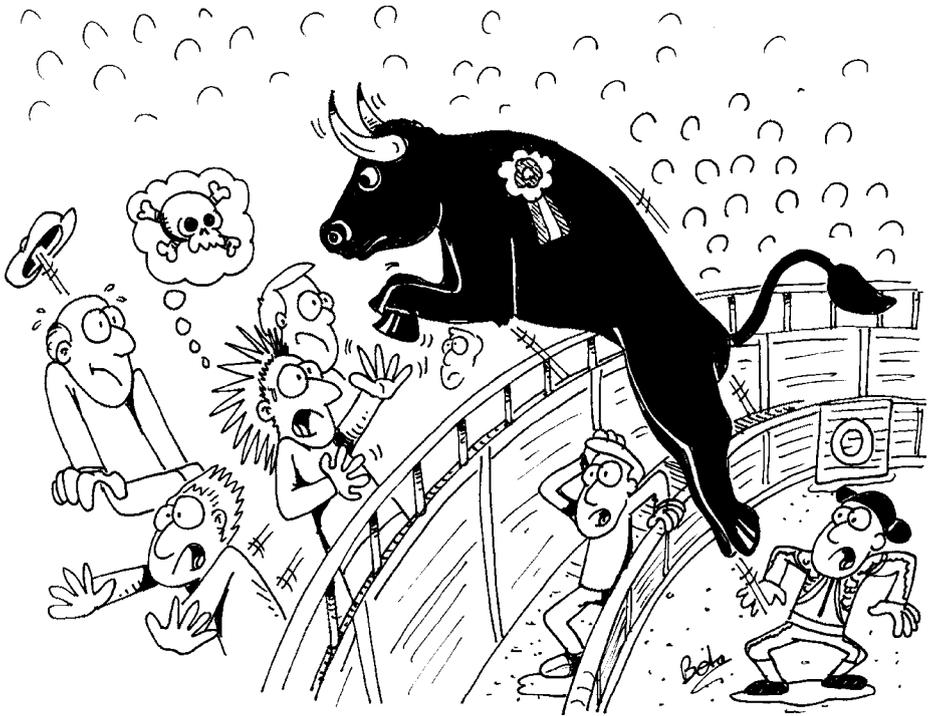
Una de ellas tiene que ver con la reducción de los azúcares en la alimentación. A pesar de la clara asociación entre la obesidad y la diabetes tipo 2, y de lo seductor de la hipótesis de que comer más azúcar debe aumentar las probabilidades de ser diabético, esto no ha sido totalmente comprobado. Una investigación reciente (*JAMA* 2004;292:927-934) parece dar nueva luz al asunto. Se trata de un estudio sobre un grupo grande de mujeres (una cohorte), todas ellas enfermeras, que en 1989, cuando se inició el estudio, tenían entre 24 y 44 años de edad, y que se vigilaron durante al menos cinco años. De las 51 603 enfermeras estudiadas, 741 se volvieron diabéticas durante el periodo de observación. Las que tuvieron altos

consumos de refrescos no dietéticos o de jugos endulzados artificialmente (casi siempre con jarabe de maíz) mostraron un riesgo francamente mayor para desarrollar tanto obesidad como diabetes. No sucedió así con las que ingerían jugos naturales (no endulzados adicionalmente) o bebidas dietéticas. A pesar de que se sabe que la cafeína reduce un poco el riesgo de diabetes, en este estudio no se encontró ningún efecto protector de los refrescos con cafeína. Tampoco se vio que los refrescos de cola, que se suelen colorear con caramelo, significaran más riesgo de diabetes y obesidad que algún otro tipo de refrescos. Las mujeres que tomaban más bebidas azucaradas aumentaron también su ingestión de calorías en forma de alimentos sólidos, de tal manera que tomar refrescos con azúcar no parece ser una manera de reducir el apetito. La miel de abeja tiene un contenido energético similar al del azúcar, de manera que también favorece la obesidad y la diabetes.

Todo esto hace plantear que, en efecto, la ingestión de azúcar aumenta el riesgo de diabetes, probablemente a través de aumentar el peso, ya que, según se sabe, la obesidad es un importante factor de riesgo para la diabetes; además, el exceso de azúcar representa una carga para el páncreas, lo que podría propiciar su agotamiento. Una medida preventiva sencilla que podría ser eficaz sería, entonces, evitar las bebidas azucaradas. Ya se probó en los niños que una estrategia para evitar la ingestión de bebidas bicarbonatadas logró reducir la incidencia de obesidad.

La recreación contemporánea, al menos la de los más audaces, se ha vinculado con la posibilidad de experimentar sensaciones de excitación, euforia, vitalidad, que pueden ser mediadas por la secreción interna de adrenalina. El miedo y las situaciones amenazantes han tenido una fascinación especial para el divertimento, aun el de los niños. Los cuentos y las películas de terror son de los más populares. Los juegos mecánicos tienen mayor demanda en tanto que generen amenazas, emociones desacostumbradas o sensaciones extravagantes que los acercan a placeres masoquistas. Con tal de eludir el aburrimiento o la rutina se llega a poner en peligro la integridad o la vida, tan sólo para poder sentir esos efectos de la adrenalina y percibirse vivos, vitales, exaltados, estimulados, listos para la acción. El anuncio publicitario de ciertos eventos, por ejemplo, refiere que son de “adrenalina pura”, aludiendo a que son capaces de despertar estas experiencias al mismo tiempo perturbadoras y seductoras. El término adrenalina ha adquirido suficiente atractivo promocional como para dar nombre a grupos musicales, canciones, cafeterías, antros, juegos, excursiones y eventos.

La adrenalina es una hormona, es decir, una sustancia producida por una glándula, que se vierte a la sangre, y a través de ésta viaja por todo el cuerpo y ejerce sus efectos aun lejos del sitio de su producción. En este caso, la glándula productora de la adrenalina es la médula de las cápsulas suprarrenales (que significa “sobre los riñones”), las que también se llaman adrenales (“adyacentes a los riñones”), y de ahí el nombre de la sustancia. De hecho, fue la primera hormona en ser cristalizada. Fue identificada en 1897 y sintetizada en 1904. También se le llama epinefrina (término que alude también a su producción en una zona cercana



a los riñones), y en los medios científicos tiende a usarse más este nombre que el de adrenalina, porque éste se ha vulgarizado al aplicarse a tantos objetos y situaciones. Pero además de su actividad como hormona, la adrenalina tiene funciones de neurotransmisor, es decir, lleva mensajes de una neurona a otra y, por lo tanto, es esencial para el funcionamiento del sistema nervioso. Tiene un efecto hasta cierto punto contrario al de la insulina, pues eleva la glucosa de la sangre y produce aumento en la frecuencia y la intensidad de las contracciones cardíacas, dilatación de los bronquios y de las pupilas, constricción de los vasos sanguíneos y sudación. A través de un efecto diferenciado sobre los vasos sanguíneos propicia que la sangre no se vaya tanto hacia la piel y las vísceras, sino que se desvíe hacia los músculos, las coronarias, el cerebro y el hígado, de modo que ayuda a proteger a estos órganos en situaciones de apremio. Por eso, una de las manifestaciones de su efecto es la palidez, pues reduce la cantidad de sangre en la piel. Tiene un efecto fundamental en la reacción de corto plazo ante el estrés, ante situaciones amenazantes o excitantes. En términos teleológicos, se ha dicho que prepara al organismo para luchar o huir. Hoy en día ya son pocos los casos en que los médicos utilizamos la adrenalina como fármaco. Se ha usado en la reanimación cardiovascular, por ejemplo, cuando hay un paro cardíaco, para propi-

ciar la reactivación de los latidos, a veces inyectada directamente en el corazón. En alguna época, la adrenalina era el tratamiento heroico del asma bronquial cuando no respondía a otros medicamentos, y todavía hoy es un recurso capaz de salvar la vida en las reacciones alérgicas graves conocidas como anafilaxia.

Al igual que las drogas recreativas, la adrenalina resulta un arma de dos filos; de hecho, tal y como se maneja hoy en día, se podría decir que es una droga recreativa de origen interno, que no se tiene que comprar en el mercado negro, puesto que la produce uno mismo si se propicia el enfrentamiento a las circunstancias apropiadas. Someter al propio organismo a la acción repetida de la adrenalina puede llegar a ser inconveniente para la salud. Al menos, se puede decir que ciertas personas, como los diabéticos, los hipertensos y los enfermos del corazón, no deberían, en la medida de lo posible, someterse a este estímulo de manera voluntaria. La adrenalina aumenta la glucosa en la sangre, eleva la presión arterial y somete al corazón a un esfuerzo adicional. Tal vez se pueda catalogar como una droga adictiva, aunque no lo sea en el sentido estricto del término. Hay personas que buscan el peligro para sentir los efectos de la adrenalina, más emocionantes mientras más cerca estén de la muerte, y ha habido a quienes se les ha pasado la mano, como algunos toreros, motociclistas y corredores de automóviles de carreras. Hay conocidos adictos a situaciones límite, aquéllas que significan un verdadero riesgo de muerte, que sufren un accidente tras otro hasta que uno de éstos resulta ser el definitivo. La adrenalina nos prepara para luchar por nuestra vida o para huir del riesgo, pero también puede contribuir a acelerar nuestra muerte si se propicia la fascinación por el peligro y si no se tiene un control de los límites.

Madres (y padres) canguro

Cada año nacen en el mundo 20 millones de niños con bajo peso, cuya supervivencia depende muchas veces de que tengan acceso a servicios de salud que cuenten con tecnología suficiente. Aunque la medicina perinatal ha tenido un avance muy importante al lograr salvar a muchos pequeñitos de un peso excesivamente bajo, el manejo médico frecuentemente es complejo y costoso, de modo que en muchos países pobres estos logros se alcanzan por excepción. La razón es tan simple como que muchos de estos países carecen incluso de las suficientes incubadoras que son necesarias para mantener la temperatura de los bebés que, por su inmadurez, no pueden mantenerla por sí mismos. Estos niños tienden a adoptar la temperatura del medio ambiente porque aún no ha madurado su sistema de termorregulación, y si no se les apoya con calor externo mueren en hipotermia.

Además de la relativa escasez de incubadoras, éstas tienen algunos otros problemas, pues, por un lado, pueden ser fuentes de infección y, por el otro, a veces los controles para regular la temperatura funcionan mal. No es raro que varios recién nacidos tengan que compartir la misma incubadora.

Ante todas estas circunstancias, un pediatra colombiano, en 1978, ideó una estrategia alternativa a la que se llamó de “madres canguro”, la cual ha sido adoptada por muchos otros países, incluso algunos desarrollados. El método consiste en que los niños con peso menor de 2 000 g al nacimiento, que no pueden regular su propia temperatura, permanecen pegados a sus madres, las que hacen las veces de incubadora al transmitirles el calor de su cuerpo. El bebé se mantiene en contacto, piel con piel, con el tórax materno, durante las 24 h del día. Incluso la madre debe dormir semisentada con el bebé encima. Por supuesto, puede compartir la



función de canguro con otras personas por ciertos periodos para poder descansar, y ésta es una magnífica oportunidad para que el padre se involucre y ambos, padre e hijo, reciban los beneficios de este entrañable contacto.

El método canguro se define como el contacto directo, piel a piel, prolongado y continuo, entre la madre y su recién nacido; puede hacerse en el hospital o después del egreso, el que, gracias a ello, puede anticiparse. Se sostiene al bebé en posición vertical o diagonal, apoyado contra la piel de la madre, entre ambos pechos. La cabeza está de lado, bajo el mentón de la madre, y tanto la cabeza como el cuello y el tronco se mantienen extendidos, para evitar obstrucción de las vías aéreas. El recién nacido sólo está vestido con un pañal y un gorro, y la madre lo cubre con su propia ropa o con una manta. La estrategia se mantiene hasta que el pequeño sea capaz de controlar su temperatura, lo cual suele ocurrir cuando se han cumplido 37 semanas después de la concepción.

Las evaluaciones comparativas que se han hecho entre este método y el convencional que utiliza las incubadoras han mostrado que por lo menos es igual de bueno. Desde luego que se requiere capacitar a la madre y supervisarla, y sólo se puede utilizar en recién nacidos estables. Pero existen ventajas adicionales incuestionables en el método canguro, como son las derivadas del contacto entre madre e hijo, la vigilancia estrecha del recién nacido, la participación del padre en este contacto íntimo, el establecimiento más temprano de la alimentación a través del pecho materno y la menor estancia en el hospital, con los riesgos y gastos que ello implica. También ayuda a regularizar la respiración del recién nacido,

incide en la adaptación del pequeño a un medio ambiente más natural y propicia una mayor satisfacción y orgullo de las madres por haber contribuido al desarrollo y la salvación de sus bebés. Ciertamente, es un método fatigoso y restringe la libertad de las madres, pero casi todas muestran disposición para llevarlo a cabo. La Organización Mundial de la Salud ha hecho una evaluación muy seria y completa de la estrategia, la avala ampliamente y ha elaborado un manual muy detallado que está a disposición del público.

Éste es un ejemplo de que no sólo es valiosa la tecnología de la posesión y el manejo de artefactos, sino que, cuando se carece de ellos, existe también cierta tecnología que estimula la creatividad e incluso genera beneficios adicionales; también muestra cómo los países en desarrollo pueden hacer aportaciones de las que incluso los países ricos aprenden.

El examen médico periódico, con un amplio rastreo en busca de alteraciones sutiles en pruebas de laboratorio y estudios de imagen, realizado en personas en aparente buen estado de salud, ha sido promovido como una estrategia de medicina preventiva para descubrir las enfermedades desde antes de que originen síntomas y para identificar factores de riesgo. Se le suele denominar *check-up*, o “chequeo”, en una traducción literal. Su fundamento es incuestionable desde el punto de vista sanitario, pues propicia intervenciones terapéuticas tempranas, que tienen más probabilidades de éxito que las tardías. Tanto valor se le ha concedido a esta estrategia que se ofrece como una prestación a los altos ejecutivos de las empresas, y las personas con alto poder adquisitivo la pagan con sus propios medios, preferentemente en EUA, en varios de cuyos hospitales se ha constituido como una verdadera industria y una fuente de turismo médico. Aunque sus fundamentos filosóficos son irrefutables, en la práctica se han dado algunas perversiones y se han identificado algunos inconvenientes. A continuación señalo algunos:

1. La expectativa de una investigación diagnóstica exhaustiva no se puede cumplir nunca, pues el número de exámenes que teóricamente se puede hacer a un paciente es virtualmente infinito y no es posible hacerlos todos. Muchos pacientes tienen la idea errónea de que en un examen de este tipo no se escapa absolutamente nada, y que si uno tiene una enfermedad incipiente ello aparecerá en este examen.
2. En todos los casos, casi por definición, tienen que hacerse estudios innecesarios, lo que convierte al *check-up* en una estrategia poco eficiente. Ade-

más, se da la paradoja de que, aunque por un lado siempre se hacen estudios de más, por el otro también siempre son insuficientes, porque no necesariamente incluyen lo que cada persona requiere.

3. Para propósitos de mercadeo, el examen se diseña con un número fijo de pruebas, acaso con variaciones según la edad y el sexo, y no se planea según las características de cada paciente. En términos de una oferta de servicio, se vende un producto prediseñado y muy poco flexible.
4. Al estar dirigido a identificar anormalidades subclínicas, no distingue lo trascendente de lo que no lo es; por lo tanto, detecta muchas cosas sin importancia que lo único que hacen es generar angustia innecesaria, si no es que propician la realización de pruebas adicionales, confirmatorias o refutatorias, que lo único que hacen es aumentar los gastos y las molestias sin agregar nada a la salud.
5. Algunas de las anormalidades que se detectan tempranamente no suponen la posibilidad de una intervención terapéutica o preventiva.
6. Muchos pacientes que ya tienen síntomas eligen esta estrategia en función de esos síntomas en lugar de consultar a su médico, porque suponen que el *check-up* les resuelve la enfermedad existente y les aporta un conocimiento adicional sobre su salud. Hay que tomar en cuenta que aquél está diseñado para personas en aparente buen estado de salud y no para enfermos sintomáticos.

Ante estas limitaciones, parece más razonable proponer un enfoque más individualizado en el que el médico efectúe una historia clínica y, de acuerdo con los resultados de ésta, planee los estudios complementarios pertinentes, ni más ni menos. En todo caso, habría que considerar que los diagnósticos surgen de la conjunción de los datos clínicos debidamente interpretados y la complementación del laboratorio y gabinete, y no suelen ser un hallazgo fortuito de una búsqueda a ciegas, por más exhaustiva y sistemática que sea.

¿Cuál de todas las dietas?

Con la alarmante epidemia de obesidad que se ha presentado en muchos países, pero sobre todo a partir de los criterios estéticos contemporáneos, la necesidad de someterse a una dieta para bajar de peso —o al menos para no aumentarlo— es percibida como imperiosa por una proporción considerable de la sociedad. Esto ha propiciado que proliferen las dietas populares, que se promueven por muchos medios y no necesariamente se sustentan en una recomendación del médico o el nutricionista, y cada una de las cuales promete mejores resultados que las demás. De cada una de ellas hay toda una leyenda y un amplio anecdotario que la impulsan. Se han escrito más de 1 000 libros sobre dietas, no todos con una visión científica —médica o nutricional—, y existen cientos de folletos, artículos, programas de radio y televisión que, entre todos, lo que han hecho es confundir más al público, porque suelen tener más bien un carácter promocional que uno informativo o educativo. Los medios científicos, por su parte, tienden a menospreciar estas ofertas y a no abordarlas con seriedad. Han sido famosas las dietas de la Luna, de Angélica María, del Dr. Atkins, de *Weight-Watchers*, de los Cuidakilos, de los 7 días, de Jenny Craig, eDiets.com, *Health Management Resources*, OPTI-FAST y otras, pero el énfasis que se hace en la promoción ha vuelto difícil identificar sus verdaderas ventajas e inconvenientes, máxime que varias de ellas se apoyan en estudios seudocientíficos que no todo el público está en posibilidad de juzgar. Una revisión sistemática reciente (*Ann Intern Med* 2005;142:56-66) no identificó elementos confiables para poder evaluar científicamente estas dietas.

Un grupo de investigadores de la Universidad Tufts, en Boston, decidió hacer un estudio serio comparando cuatro de estas dietas populares, y evaluando tanto



su efecto sobre la reducción de peso como sobre el riesgo cardiovascular (*JAMA* 2005;293:43-53). Estas dietas fueron la de *Weight-Watchers* (que recomienda restricción en el tamaño de las porciones y en las calorías), la del Dr. Atkins (que limita la ingestión de carbohidratos sin restringir la grasa), la dieta llamada Zona (que modula y balancea los macronutrientes y la carga glucémica) y la dieta baja en grasa llamada Ornish. Al azar se asignaron 160 individuos obesos para cada una de estas dietas, de tal modo que quedaron 40 en cada grupo, y fueron observados durante un año. Los resultados mostraron que con todas las dietas hubo una reducción modesta del peso, no muy diferente entre una y otra, y una disminución del colesterol de las lipoproteínas de baja densidad (colesterol malo) de aproximadamente 10%, lo que significa un perfil más favorable de riesgo cardiovascular. En este estudio no se valoraron los resultados a un plazo más largo.

De entre todos los factores que se analizaron para identificar los que se asociaban con mejores resultados, incluyendo la magnitud del sobrepeso inicial, la edad, el sexo, el tabaquismo, los resultados iniciales de laboratorio, los contenidos relativos de grasas, carbohidratos y proteínas y otros más, el que mejor correlacionó con una buena respuesta fue, obviamente, el grado de adherencia a la die-

ta. En otras palabras: todas estas dietas funcionan, al menos un poco, mientras uno se ajuste estrictamente a sus instrucciones. De hecho, sólo en los casos en que se logró un mínimo de adherencia a la dieta se obtuvieron resultados favorables. Por lo tanto, la mejor dieta es la más fácil de seguir, y por ello puede ser diferente para cada persona, según sus propios hábitos, gustos y costumbres.

Este trabajo ilustra lo que suele ocurrir con los tratamientos para la obesidad. Casi todos funcionan en el corto plazo en la medida en que se lleven a cabo conforme a lo indicado, pero también casi todos carecen de efectos benéficos a largo plazo, además de que muchos de ellos no pueden sostenerse por mucho tiempo. La dieta baja en carbohidratos, representada por la dieta del Dr. Atkins, por ejemplo, cuando se utiliza por largo tiempo se asocia con estreñimiento, dolor de cabeza, mal aliento, calambres y debilidad muscular, además de que se cuestiona su inocuidad en periodos mayores de 12 meses (*MJA* 2004;181:526-527). Este tipo de dieta produce lo que se llama cetosis, que es la acumulación de productos de la degradación de la grasa, que pueden ser tóxicos si no se toman algunas medidas.

Aunque el sobrepeso y la obesidad no pueden reducirse a términos tan simples, la mejor alternativa, que no es la más sencilla, consiste en el cambio de hábitos, lo que implica una reeducación en los estilos de comer y de hacer ejercicio. En todo caso, cualquier decisión en este sentido tendría que ser permanente y no encararse como un sacrificio temporal para obtener una meta (lograr ponerse un cierto vestido en la fiesta o usar bikini en las vacaciones, por ejemplo), para sólo volver después a la forma previa de comer y ejercitarse. La solución no es, entonces, la dieta, sino los cambios en la forma de comer.

Culpar a las víctimas

La afirmación de que la víctima tiene la culpa de sus desgracias se suele manejar en el ámbito de la justicia y en la prensa, particularmente en relación con las mujeres violadas, a las que se acusa de provocar a sus violadores mediante atuendos atrevidos o actitudes incitantes. También ha sido un recurso de las autoridades policíacas preventivas, que han llegado a señalar que quien es asaltado y robado o secuestrado tiene él mismo la culpa, por falta de precaución y por atraer a los delincuentes mediante la ostentación y la adopción de rutinas predecibles. Detrás de estas afirmaciones puede haber un pensamiento justiciero que incluso se regocije íntimamente con la pena celestial, y que piense que en el fondo tanto las mujeres violadas como los ciudadanos atacados se lo merecían.

La idea primitiva de que las enfermedades son un castigo divino también se relaciona con el concepto de que son los propios pacientes quienes se buscan sus males. Y es que en los tiempos antiguos el pensamiento mágico atribuía las enfermedades a causas sobrenaturales, de las cuales la punición era una de las más esgrimidas, mientras que hoy en día son los estilos de vida (expresión en la que se incluyen ciertas conductas individuales relativamente proscritas, como fumar o beber) los que se han identificado como causales de daños a la salud. Los dos ejemplos más notables en los que se culpa a las víctimas son la infección por VIH y la obesidad, ambas cargadas de connotaciones culposas, precisamente como una consecuencia de “no portarse bien”. Este pensamiento, cuando se da entre el personal de salud —que no está exento de este tipo de juicios morales—, influye incuestionablemente en su desempeño profesional y, lo que es más importante, en el desenlace de los pacientes. El trato, por ejemplo, que algunas enfermeras



ofrecen a los pacientes con SIDA cuando éste ha sido adquirido mediante transfusión sanguínea en enfermos hemofílicos (“SIDA inocente”) es diferente del que se otorga a quienes adquirieron la infección por contacto sexual, particularmente si éste fue homosexual o promiscuo (“SIDA culpable”), juicios ambos sustentados en una ideología confesional tradicional.

El conocimiento de los factores de riesgo de las enfermedades que sólo sirviera para culpar a las víctimas no sólo resultaría totalmente improductivo, sino que incrementaría el sufrimiento de los enfermos al añadirles la pena de los remordimientos, arrepentimientos y contriciones y al hacerlos, además de todo, responsables de lo que les sucede. De por sí, muchos pacientes se sienten culpables de sus enfermedades aunque nadie se lo señale. Y es que bajo un esquema de la enfermedad como consecuencia de yerros, faltas, vicios o conductas impropias se admiten muchas tentativas. Además del SIDA como castigo al sexo “*contra natura*” y a la promiscuidad, y de la obesidad como sanción por la intemperancia, la falta de voluntad y la pereza, la gota y la pancreatitis se pueden atribuir a la falta de moderación en haber comido y bebido la noche anterior; el cáncer pulmonar y el enfisema son apenas lo que se han buscado los fumadores; el cáncer uterino y el mamario son el escarmiento por la falta de disciplina en el escrutinio, ya sea para

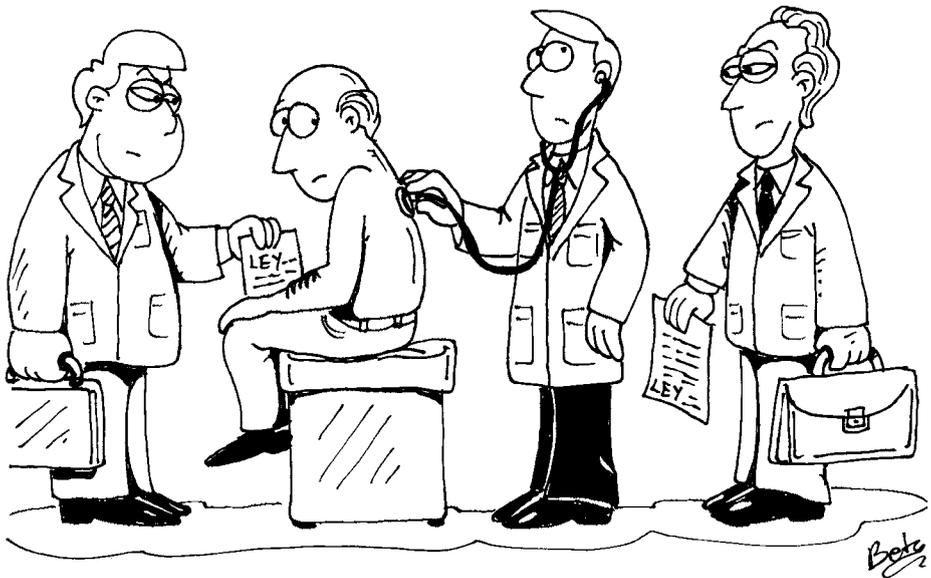
el Papanicolaou o para la revisión sistemática de los senos; la enfermedad coronaria es una consecuencia de fumar, de no comer correctamente y de no ejercitarse lo suficiente; las piedras en la vesícula son resultado de los corajes y de la falta de control sobre ellos; la enfermedad hepática es un castigo por la vida licenciosa, y hasta el resfrío es la penitencia por descuidarse y no abrigarse suficientemente, sobre todo si se pasa —sudando— del calor al frío. El alcoholismo, hoy en día considerado una verdadera enfermedad, no ha podido liberarse de la condición de vicio, indisciplina y debilidad espiritual.

Estas ideas no son fáciles de desarraigar, sobre todo bajo la visión doctrinaria del vicio y la virtud, del crimen y el castigo, del pecado y su penitencia. El pensamiento científico, que ha hecho esfuerzos por incidir en la racionalidad de las personas, acaso admita el origen de la enfermedad en términos de causalidad múltiple, en que no es consecuencia de una sola razón sino de varias que actúan en conjunto, de que se adicionan las predisposiciones genéticas a la exposición a factores del ambiente, de que se van dando las condiciones para que se exprese determinado padecimiento conforme se acumulan factores de riesgo. Buscar a los culpables de la enfermedad en el comportamiento de los individuos no hace más que personalizar las causas, propiciar discriminaciones, moralizar la enfermedad según las propias creencias y hasta favorecer una relativa abstención terapéutica por dejar que los pacientes expíen sus pecados, y así no atentar contra la justicia divina. Si existe culpa es colectiva, en la medida en que como sociedad no hemos sido capaces de modificar los riesgos, y a veces hasta tendemos a aumentarlos. Bastante tragedia significa ya la enfermedad como para agravarla con el calvario de la culpabilidad.

Medicina defensiva

Los cambios que ha experimentado la sociedad en los últimos años han desembocado en un papel diferente del paciente en cuanto a la atención de su salud. La tradición hipocrática, sustentada en el paternalismo, dejaba todas las decisiones en manos del médico, el cual, ciertamente buscando el beneficio del enfermo, dictaba órdenes que el paciente no tenía más remedio que obedecer, independientemente de que le parecieran razonables o no, y de que tomaran en cuenta sus deseos y expectativas, sus recelos y temores. El lema de los médicos parecía ser: “todo por el paciente pero sin el paciente”. Hoy en día la situación ha cambiado, al menos en un grupo significativo de pacientes, los que se han hecho conscientes de sus derechos, exigen intervenir en las decisiones que les conciernen y se han convertido en participantes activos del proceso de atención, ejercen su poder de consumidores y se niegan incluso a seguir las prescripciones del médico si no les parecen apropiadas. Lo cierto es que, en la medida en que el paciente participe en su propia atención, las probabilidades de éxito terapéutico se incrementarán, y que por muchos años los pacientes se perdieron de esta oportunidad al comportarse como obedientes procesadores de órdenes.

El asunto ha alcanzado niveles aún más críticos. El paciente de hoy en día cuestiona a sus médicos, exige explicaciones —a las que por supuesto tiene derecho—, aporta su punto de vista, consulta otras opiniones, cuenta con textos para corroborar la pertinencia de la prescripción o consulta Internet, y en el otro extremo, se queja de manera formal, reclama y demanda, a veces penalmente. Todo esto parece saludable en la medida en que se ejerza una regulación social de la



práctica médica que no existía en el pasado, y asumiendo que se actúa de buena fe en todos los casos.

Pero también se han propiciado algunas situaciones inconvenientes. Por una parte, se ha despertado la codicia de ciertos gestores, frecuentemente abogados, que se ubican a las puertas de los hospitales y consultorios para convencer a los pacientes de que demanden a sus médicos, no tanto para obtener mejores resultados en términos de salud, sino para lograr beneficios económicos que compartirían, ¡por supuesto!, con sus gestores. Se aprovecha el sentimiento natural que se crea a partir de la enfermedad y la muerte para cebarlo en el médico, que representa a todo el sistema de salud y sus deficiencias, propiciando más bien venganza que justicia. Se va creando una cultura de la demanda que amenaza alcanzar los excesos que han ocurrido en EUA, y que obligan a todos los médicos a contar con seguros de mala práctica, por lo que han encarecido la atención de la salud, y esto sólo ha beneficiado a los abogados y a las compañías de seguros.

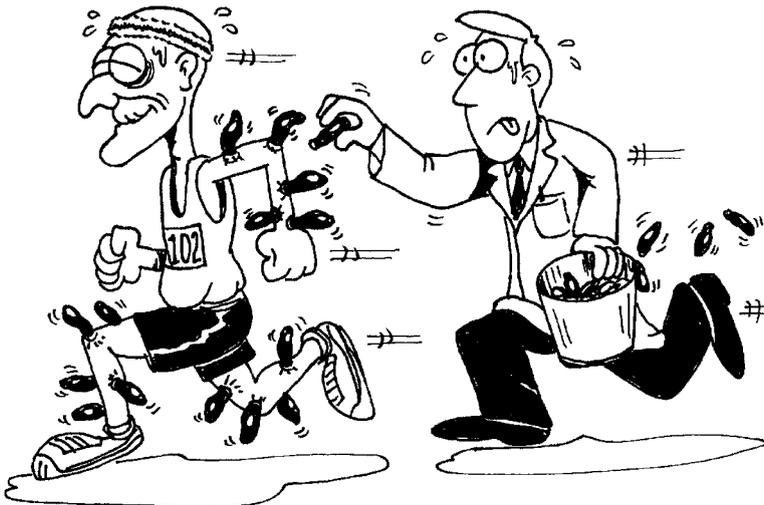
La otra consecuencia inconveniente es lo que se ha llamado “medicina defensiva”, que también ha alcanzado su cúspide en EUA. Ante la creciente amenaza, los médicos se protegen mediante acciones que les permitan enfrentar las demandas, independientemente de que estas acciones sean necesarias o no para la atención del paciente. Su pensamiento no está tanto en la resolución de los problemas de los enfermos como en las estrategias para evitar ser procesado por mala práctica. Por ejemplo, a todos los pacientes con dolor de cabeza (que son millones) se les realizaría una tomografía o una resonancia magnética de cráneo, aunque cla-

ramente el dolor de cabeza parezca deberse a tensión o migraña, ambas situaciones que no se acompañan de anormalidades en esos estudios. La razón de efectuarlos es que, en el futuro, el paciente podría desarrollar, por ejemplo, un tumor cerebral y demandar al médico que no lo descubrió oportunamente a pesar de que se le consultó por dolor de cabeza. El médico, entonces, se defiende mostrando las pruebas documentales de que en el momento en que él lo atendió no había ningún tumor cerebral. La medicina defensiva es, entonces, la que emplea procedimientos que tienen como único fin evitar las demandas por mala práctica o enfrentarse a ellas. Esta forma de ejercer la medicina ocurre cada vez con más frecuencia y significa un claro dispendio de recursos. Con motivo de prepararse para enfrentar eventuales demandas y reclamaciones se propicia la participación de muchos especialistas, se efectúan estudios excesivos y hasta se realizan intervenciones quirúrgicas innecesarias; en resumen, se incrementan los costos de la atención médica y las molestias, incomodidades y riesgos para los pacientes, sin que exista un beneficio real para su salud.

La interacción entre médicos y pacientes se ha sustentado históricamente en la confianza de los pacientes y en la capacidad de autorregulación de los médicos. Hoy en día, las expectativas del público se han excedido, y lo menos que se espera de los médicos es que sean infalibles, dado que su materia de trabajo es nada menos que la salud y la vida humanas. En esta época de desconfianzas mutuas, el acto médico se identifica como un servicio técnico más, se tiende a convertirlo en un evento comercial o al menos contractual en el que cada quien se cuida del otro, y se vulnera el carácter profundamente humano de esta entrañable relación.

¿Todavía tienen utilidad terapéutica las sanguijuelas?

Las sanguijuelas (*Hirudo medicinales*) se usaban en la antigüedad para muchos propósitos terapéuticos. Todavía hasta hace poco se proponían para el tratamiento de la flebitis y los estados trombóticos, y para disminuir la congestión posoperatoria en algunos casos de cirugía plástica. Se ha identificado en la saliva de las

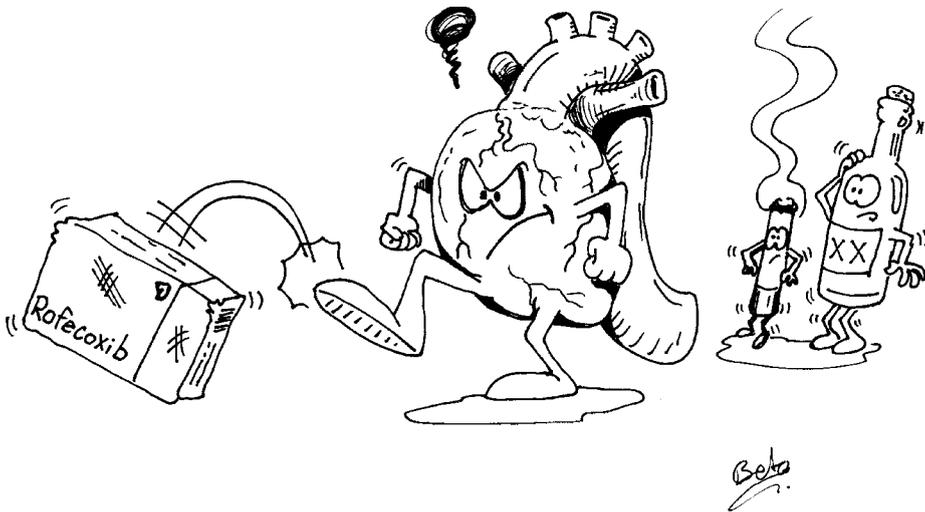


sanguijuelas un polipéptido anticoagulante llamado “hirudina”, así como algunas sustancias antiinflamatorias, entre ellas la hialuronidasa. Aunque hay anécdotas de mejoría del dolor causado por la osteoartritis con la aplicación de sanguijuelas, no había un estudio que utilizara metodología científica. Recientemente se publicó un trabajo controlado y al azar en el que se compararon los efectos analgésicos de las sanguijuelas con los del diclofenaco tópico en osteoartritis de rodilla.¹ Se aplicaron de cuatro a seis sanguijuelas, en una sola ocasión, sobre la rodilla, intentando que fuera en los puntos más dolorosos. Se mantuvieron hasta que se desprendieron por sí mismas, en un tiempo promedio de 70 minutos. Esto se comparó con el uso de un gel de diclofenaco dos veces al día durante 28 días. Se encontró que los pacientes que habían recibido el tratamiento con sanguijuelas tuvieron menos dolor el séptimo día, con mejoría en la función y la rigidez articulares. Los efectos se mantuvieron durante 91 días. El interés de este artículo no es tanto que se vuelvan a vender las sanguijuelas en las farmacias, sino que se estimule la identificación de las sustancias responsables de este efecto benéfico, considerando que ningún antiinflamatorio o analgésico conocido tiene un efecto que dure 90 días.

¹ Michalsen A, Klotz S, Lüdtker R *et al.*: Effectiveness of leech therapy in osteoarthritis of the knee. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med* 2003;139:724-730.

Sobre el retiro del rofecoxib (Vioxx®) del mercado

La noticia circuló por todo el mundo entre el 29 y el 30 de septiembre de 2005. La empresa Merck, Sharp and Dohme (MSD), fabricante de medicamentos, decidió retirar del mercado uno de sus medicamentos más exitosos, el rofecoxib, que se vendía bajo el nombre comercial de Vioxx®. El medicamento pertenece a una clase relativamente nueva de analgésicos antiinflamatorios, que se conocen como inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 (COX-2), y a los que familiarmente se les ha designado como “antiinflamatorios COX-2”. Su ventaja, y el principal argumento que se utilizó en su promoción entre los médicos, es que, a diferencia de otros antiinflamatorios de eficacia similar, los COX-2 tienen menos efectos adversos sobre el aparato digestivo, precisamente porque sólo inhiben a la ciclooxigenasa relacionada con la inflamación y no a la que protege del daño gástrico que producen muchos medicamentos, incluyendo a la Aspirina®, que es el prototipo de analgésico antiinflamatorio. En efecto, salvo el precio, que era muy superior al de otros antiinflamatorios, todo parecía indicar que se trataba de un medicamento eficaz para disminuir el dolor y la inflamación, con pocos efectos adversos a nivel gastrointestinal y con bajo riesgo de provocar hemorragias en el aparato digestivo. El retiro voluntario del medicamento fue bien acogido por las agencias reguladoras de medicamentos en todo el mundo, incluyendo la Administración de Drogas y Medicamentos de Estados Unidos (*Food and Drug Administration*, FDA) y la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios de México (COFEPRIS), las que hicieron énfasis en que no fue un acto de autoridad lo que sacó del mercado al medicamento, sino una decisión autónoma del fabricante, acaso avalada o apoyada por la agencia sanitaria.



Ya desde los estudios que se hicieron para tratar de documentar la relativa inocuidad gastrointestinal del medicamento se había advertido un ligero incremento en el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, a lo que no se le dio mucha importancia; sin embargo, se recomendó advertirlo en la información para prescribir. También se encontró que se asociaba con un muy ligero aumento de la presión arterial. Hubo un juego comercial con el principal competidor, celecoxib (Celebrex[®], de la empresa Pfizer), en el que los unos acusaban a los otros de toxicidad y los otros se defendían ofreciendo pruebas de inocuidad.

La empresa fabricante (MSD) decidió retirar su producto estrella, con pérdidas económicas millonarias, porque en un estudio de largo plazo en el que intentaban comparar los efectos del rofecoxib en el tratamiento y prevención de pólipos del colon encontraron una diferencia significativa en la frecuencia de infartos del miocardio y del cerebro en comparación con los sujetos que recibían placebo (un medicamento inerte). Más o menos 7.5 de cada 1 000 personas que recibieron placebo desarrollaron uno de estos eventos vasculares en los 18 meses de observación (lo que se considera que es la incidencia habitual entre la población), en tanto que esto ocurrió en el doble (15 de cada 1 000) de los que recibieron rofecoxib.

Este efecto parece ocurrir sólo con el uso prolongado del medicamento, y todavía no sabemos si los demás COX-2 presentan el mismo riesgo o alguno parecido. La información accesible indica que sólo el rofecoxib produce este aumento en la incidencia de eventos vasculares, pero no se descarta que sea lo que se llama un efecto de clase, y se considera que todos los COX-2 actúan de manera similar. Por lo pronto, la misma empresa que retiró el producto ha mantenido en el mercado el otro COX-2 que fabrica (etoricoxib, que se vende bajo el nombre de Arco-

xia®), y los fabricantes de los otros medicamentos parecidos han señalado que los suyos no presentan estos riesgos.

En todo caso, no habría que caer en pánico y pensar que a todos los que tomaron el medicamento se les ha generado un daño; la frecuencia es bastante baja, y tal vez se salvaron de otros inconvenientes de los antiinflamatorios, como la hemorragia gastrointestinal; además, parece ser exclusivo del uso prolongado y no del uso ocasional o breve. También habría que ponderar la acción de la empresa fabricante que lo retiró voluntariamente, al tener conciencia responsable de los riesgos. Cualquiera podría decir que esto no tiene ningún mérito, pues era lo menos que debían hacer ante la evidencia. Sin embargo, no se ha visto, por ejemplo, que las empresas fabricantes de cigarrillos o de bebidas alcohólicas (ambos productos con un riesgo mucho mayor de generar daños e incluso muertes) decidan retirarse del mercado para no seguir produciéndolos.

Adiós, pues, al Vioxx®, que prometía muchas cosas y que ayudó efectivamente a muchos enfermos. A partir de esta experiencia surgirán seguramente medicamentos más eficaces y seguros.

¿Quién merece ser trasplantado? A propósito del trasplante de hígado

Para muchos pacientes con enfermedad hepática terminal y algunos niños con anomalías congénitas hepatobiliares, el trasplante de hígado constituye la única esperanza de mantenerse con vida. Sin embargo, no sólo la relativa escasez de donadores, sino también la complejidad técnica y los altos costos del procedimiento lo han convertido en uno de los trasplantes en que la selección del receptor es más crítica. En todos los trasplantes, como en todos los tratamientos que utilizan recursos escasos o costosos, la selección de a quién incluir y a quién excluir tiene tales complejidades éticas que difícilmente puede darse la razón a una determinada corriente. Cuando de la terapéutica depende la vida del paciente, el asunto es tan grave que quien toma la decisión selecciona tácitamente al que debe vivir y al que está condenado a morir, en un fallo que, en rigor, corresponde sólo a la divinidad.

Como siempre que los recursos no alcanzan para todos los que los requieren, se hace necesario definir criterios de racionamiento. En una sociedad liberal parecería que el criterio predominante es el económico, lo que significa que el que pueda pagar tendrá acceso al recurso. Y, en efecto, los enfermos con alto poder adquisitivo pagan su trasplante, ya sea en los hospitales privados de México o en el extranjero, eludiendo a veces cualquier otro criterio de selección. En los hospitales públicos suele emplearse más bien un criterio utilitario, que presupone una clasificación de las personas según su valor social, de tal manera que el recurso se otorga primero a quien es más útil para la comunidad. En este sentido se jerarquiza a los jóvenes sobre los viejos, a los jefes de familia sobre los dependientes, a los trabajadores sobre los desempleados, a los funcionarios por encima de los operativos, etc. Quienes quisieran eludir decisiones tan complicadas éticamente

tienden a emplear un criterio de prioridad en la demanda o uno aleatorio; en el primero, el bien se otorga a quien lo solicitó primero —de allí las listas de espera—, y en el segundo se deja al azar la elección, a veces sin pensar que ni con ello se liberan de la responsabilidad ética. No dejan de utilizarse en nuestra sociedad los criterios discrecionales, en los que quien tiene el poder de decisión lo hace según sus propios valores y sin rendirle cuentas a nadie, y los criterios burocráticos, en los que la serie de trámites para tener acceso a un trasplante desanima a los que menos paciencia tienen, que entonces optan por conseguir los recursos económicos para atenderse fuera del país o de la institución, de modo que liberan el espacio para otras personas con mayor tolerancia.

La visión del público no sólo considera los aspectos técnicos en relación con las probabilidades de éxito, sino las cualidades personales de los receptores en términos de si merecen la oportunidad o no la merecen. En muchas personas existe, pues, un pensamiento justiciero, si no es que punitivo, y de ello no está libre ni siquiera el propio personal de salud. Por ejemplo, se tiende a cuestionar el derecho de los alcohólicos a recibir un trasplante de hígado, al igual que ha ocurrido con los fumadores para recibir trasplantes cardíacos y pulmonares, y hasta para procedimientos quirúrgicos del corazón.

Desde esta perspectiva se ha planteado la pregunta de quién merece ser trasplantado. El asunto no es si se debe o no plantear una pregunta así; el hecho es que se plantea, y la idea de los merecimientos tiende a influir en las decisiones, aunque no siempre de manera explícita, y a veces hasta sin advertencia plena del que decide. Obsérvese que este planteamiento no se refiere a quién tiene mayor probabilidad de éxito ni a las indicaciones técnicas del trasplante, sino que el trasplante o su exclusión se visualizan como un premio o un castigo en función de un comportamiento del enfermo juzgado a la luz de la ideología predominante. Y es que no ha sido fácil abstraerse de considerar la responsabilidad que los pacientes tienen en el desarrollo de sus propias enfermedades. Este juicio hizo crisis a propósito de la epidemia de infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), en la que, sin confesarlo abiertamente y aplicando un juicio moral basado en la doctrina dominante, se llegó a considerar que había pacientes con SIDA “inocentes” (los hemofílicos y otros que habían sufrido transfusiones múltiples) y “culpables” (los homosexuales, promiscuos y descuidados). Más aún, el conocimiento de los factores de riesgo ha sido utilizado con frecuencia para culpar a las víctimas, de modo que la gota y la pancreatitis son el castigo por la falta de moderación al comer y al beber, el cáncer pulmonar es el castigo por el tabaquismo, la obesidad es resultado de la intemperancia y el sedentarismo, y hasta el resfrío es culpa de los pacientes, por no haberse abrigado bien al pasar del calor al frío. La enfermedad hepática, a su vez, es el castigo por la vida licenciosa.

El público de algunos países se ha manifestado en el sentido de que debiera seleccionarse como receptores de un trasplante hepático a los niños pequeños, a

los pacientes que han esperado más y a los que han mostrado una mejor evolución o una mayor disciplina, en tanto que se pronuncian en contra de que se trasplante a prisioneros o a quienes hayan contribuido al desarrollo de su enfermedad, en una clara visión maniquea que clasifica a los pacientes en buenos y malos, y que no está lejos de la denostada idea de la discriminación.

En ambientes más técnicos se ha manejado el concepto de “utilidad”. Ésta se define como una medida de la relativa “bondad” o “maldad” de un cierto desenlace de la enfermedad o del tratamiento, comparado con otros desenlaces que pueden ocurrir en el mismo escenario, pero más en términos de lo valioso que de lo éticamente bueno. Representa la dimensión subjetiva de un desenlace, en tanto que la objetiva es la probabilidad de que ocurra. En otras palabras, cuando se toma una decisión se tiene que visualizar el resultado de tal decisión, es decir, el desenlace, tanto en términos de qué tan probable como de qué tan deseable es que ocurra, con sus contrapartidas para los escenarios pesimistas. Desde la perspectiva utilitaria, una acción o práctica tiende a ser correcta si da como resultado tanto o más bien que cualquier otra alternativa de acción o práctica. Con esta base, se seleccionarían como receptores de trasplante hepático los pacientes en los que se previera el mejor desenlace posible, en términos de sobrevida tanto del injerto como del paciente, excluyendo a aquéllos con comorbilidades múltiples, y aquél en el que se beneficiaran más personas. Este criterio utilitario considera el trasplante como una inversión, y hace abstracción del concepto de equidad en la medida en que selecciona al que pueda beneficiarse más, independientemente de edad, sexo, raza, influencia social o política.

El utilitarismo considera que una acción es buena en tanto que produzca el mayor bien al mayor número de personas, de modo que hace cálculos, por ejemplo, de cuánta gente va a ser afectada, con qué intensidad, e igualmente hace los mismos cálculos para los caminos alternativos.

Los médicos consideramos fundamental la estimación de las probabilidades de éxito, puesto que por tratarse de un recurso escaso y costoso no se puede dispendiar. En esta estimación se toman en cuenta no sólo los aspectos biológicos, sino los psicológicos y los sociales. Las asociaciones médicas internacionales excluyen como criterios para recibir un trasplante la capacidad de pago, la contribución del paciente a la sociedad, los obstáculos que se prevén para el tratamiento, la contribución conductual del paciente a su condición y el uso previo de recursos de salud. Se consideran razones para no trasplantar la existencia de una infección por virus de la inmunodeficiencia humana, de cáncer extrahepático o de vesícula, de infección no controlada, de enfermedad cardíaca o pulmonar avanzadas y de alcoholismo activo o abuso de sustancias. Por lo tanto, los cuestionamientos más fuertes se hacen en el sentido de si deben seleccionarse los más estables o los menos graves para tener mayores probabilidades de éxito, los más jóvenes, los más útiles para la sociedad o los que tengan garantizados los recursos.

El asunto no está resuelto. Si se pudieran atender las necesidades individuales de cada persona no existiría debate, pero los recursos no alcanzan. El personal de salud, una vez más, asume decisiones que parecen trascender su condición profesional. El arraigo en principios y valores que han caracterizado históricamente a las profesiones de salud es, hasta ahora, su mejor garantía para actuar con equidad.

¿Quién sufre de preeclampsia?

La preeclampsia es todavía una de las causas más frecuentes de muerte materna (de embarazadas y puérperas) en México, pues da cuenta de cerca de 40% de estas muertes. La incidencia de la enfermedad en el mundo varía de 2 a 10% de los embarazos, dependiendo de la población estudiada y de la definición de preeclampsia que se emplee. En México probablemente afecte a 8% de los embarazos. El control prenatal, es decir, la vigilancia frecuente por el médico durante el embarazo, tiene, entre otros, el propósito de identificar los primeros signos de preeclampsia y, en su caso, tomar las medidas pertinentes para evitar su progresión y sus complicaciones.

La preeclampsia se reconoce porque ocurre una elevación de la presión arterial (hipertensión) en la segunda mitad del embarazo, por la aparición de proteínas en la orina (normalmente éstas no deben filtrarse hacia la orina) y por hinchazón (edema) de los pies y las piernas. Es verdad que cierta proporción de embarazadas sufren edema de pies y piernas en los últimos meses, pero en la preeclampsia aquél suele ser más intenso y se acompaña de hipertensión y proteinuria. Estos signos presagian peligros tanto para la mujer como para el bebé; en ambos puede ocurrir la muerte si no se tratan oportuna y adecuadamente. No se conoce bien cuál sea la causa de este trastorno, pero se sabe que tiene que ver con la placenta, y el tratamiento definitivo es la terminación del embarazo, ya sea de manera natural o inducida. El juego terapéutico es, entonces, tratar de mantener la gestación hasta que el bebé sea viable e interrumpirla en cuanto se alcance esta meta. En este juego se utilizan diversos medicamentos y medidas que evitan que la enfermedad se salga de cauce, pues el peligro es que se desarrolle lo que se llama pree-

clampsia severa o eclampsia, en la que ocurren alteraciones del sistema nervioso central como confusión, obnubilación o convulsiones, y que tiene un pronóstico gravísimo.

La identificación oportuna de la preeclampsia se facilita si se vigila a todas las embarazadas, pero sobre todo a aquéllas que tengan más probabilidades de desarrollarla. Clásicamente se pensaba que es más común en las mujeres que están en su primer embarazo, en las que son desnutridas u obesas, en las que tienen menos de 18 o más de 35 años de edad, en las que ya tuvieron preeclampsia en una gestación previa, en aquéllas en quienes han transcurrido menos de dos años entre un embarazo y otro, en las que tuvieron o tienen una infección urinaria o cuya matriz está sobredistendida, ya sea porque tienen un embarazo múltiple o un exceso de líquido amniótico, lo que se llama polihidramnios.

Hace poco tiempo que se publicó un estudio (*Br Med J* del 11 de marzo de 2005) que utiliza metodología estadística moderna para definir mejor los factores de riesgo de desarrollar preeclampsia, los que se expresan como riesgos relativos (RR). Éstos se interpretan, de manera aproximada, como el número de veces que la presencia del factor en cuestión incrementa las posibilidades de desarrollar la enfermedad, en comparación con quien carezca de tal factor. Por ejemplo, el haber padecido preeclampsia en un embarazo previo tiene un riesgo relativo de 7.19, o sea que en comparación con una mujer que no haya tenido preeclampsia previa, la probabilidad es un poco mayor de siete veces, así que la mujer que ya tuvo preeclampsia, tiene siete veces más probabilidades de desarrollarla otra vez. La diabetes tuvo un RR de 3.56; el embarazo múltiple, uno de 2.93; el que se trate de un primer embarazo, uno de 2.91; el que en la familia haya habido casos de preeclampsia, uno de 2.90; el que la mujer sea obesa o tenga sobrepeso desde antes de embarazarse, uno de 2.47, y la edad mayor de 40 años, uno de 1.96. Un factor de riesgo muy importante fue la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, que se descubren en un examen de laboratorio, y que tuvieron un RR de 9.72.

Teóricamente, no debería haber más muertes por preeclampsia. En nuestro país, el factor de riesgo más importante para morir de preeclampsia es, seguramente, la falta de control prenatal. Muchas de las mujeres que, al iniciar el trabajo de parto, andan peregrinando de un hospital a otro buscando en cuál de ellos las pueden atender, ponen en evidencia que nunca tuvieron una vigilancia durante el embarazo, porque en este caso les hubieran informado a dónde dirigirse y en qué momento. Este control prenatal permite identificar a las mujeres en riesgo y vigilarlas más cercanamente, para acechar los primeros indicios de preeclampsia y actuar en consecuencia. En tanto se descubra un mejor tratamiento, el enfoque es, por ahora, la observación cuidadosa de la evolución de los embarazos.

¿Padecimiento o enfermedad?

Aunque con alguna frecuencia estos términos se emplean como intercambiables, conviene hacer algunas diferenciaciones. En inglés, a veces se usa el término *illness* para referirse al padecimiento y *disease* para la enfermedad. La distinción entre ambos términos no es sólo un asunto académico que obedece a un estéril prurito semántico, sino que puede ofrecer alguna ventaja práctica tanto para el médico como para el paciente.

Un paciente es un “padeciente”, quien padece, aunque también lo es quien tiene paciencia. Hoy en día se considera paciente a toda aquella persona que entra en contacto con un sistema de salud, de modo que, efectivamente, habría pacientes sanos; más aún, la medicina moderna aspira a intervenir en ellos antes de que se conviertan en pacientes enfermos. Y aunque los términos también se utilizan como intercambiables, hay diferencias entre paciente y enfermo, si bien de naturaleza distinta a las que hay entre padecimiento y enfermedad.

El término “enfermedad” tiene distintas connotaciones según el contexto en que se utilice. Para propósitos taxonómicos, la enfermedad es un término convencional que designan un grupo de expertos al ponerse de acuerdo sobre los criterios para designar un grupo de casos. Para los patólogos es un concepto biológico; para los fisiólogos, la enfermedad es una expresión de disfunciones. Para los sociólogos y los ecólogos es un asunto adaptativo. Desde la perspectiva de la fisiopatología, la enfermedad es un concepto explicativo; para la historia natural, el concepto de enfermedad es procesal; para los interesados en la supervivencia es un asunto pronóstico, y para los terapeutas es uno decisional.

Para los clínicos, la “enfermedad” es un artificio didáctico y operativo que sólo existe en los libros y que adquiere identidad a partir de esa descripción. Esto permite cuestionar las enfermedades bajo un punto de vista ontológico. Cuando habla de “neumonía”, el texto explica sus causas (etiología), su sustrato anatómico (anatomía patológica), sus expresiones clínicas (sintomatología), sus riesgos (pronóstico) y su tratamiento (terapéutica). Este retrato sirve de marco de referencia para contrastarlo con el del caso del paciente concreto, del que se sospecha que tiene neumonía, pero en sentido estricto es tan sólo una abstracción, creada sumariamente a partir de la observación de muchos casos, identificando las semejanzas entre ellos y soslayando un tanto las diferencias. Pero es claro que no todas las neumonías son iguales, que una neumonía de magnitud y localización parecidas se expresa de manera distinta en diferentes sujetos, y que la descripción de los libros puede diferir más o menos considerablemente de lo que ocurre en los enfermos. La expresión clínica de la enfermedad es una consecuencia cierta de las lesiones anatómicas, pero también de las respuestas (físicas, psicológicas) a la agresión, de las enfermedades asociadas, de la reserva funcional del paciente, etc.

“Padecimiento”, en cambio, es lo que el paciente efectivamente tiene. Puede estar formado por varias enfermedades simultáneas, por sólo un fragmento de la enfermedad o no corresponder a ninguna enfermedad conocida. El enunciado de “padecimiento actual” en la historia clínica es entonces correcto, porque se trata de una relación de los síntomas y signos de ese paciente concreto, y no lo sería el de “enfermedad actual”, porque ello significaría haber hecho ya un diagnóstico nosológico. Este último suele hacerse por analogía, en cuanto a que los síntomas y signos del paciente se asemejan a los descritos para la enfermedad. En otras palabras, el diagnóstico nosológico equivale a ponerle nombre de enfermedad al padecimiento. Tampoco cabrían expresiones como “la neumonía es un padecimiento” o “¿cuál es el padecimiento de este enfermo?”

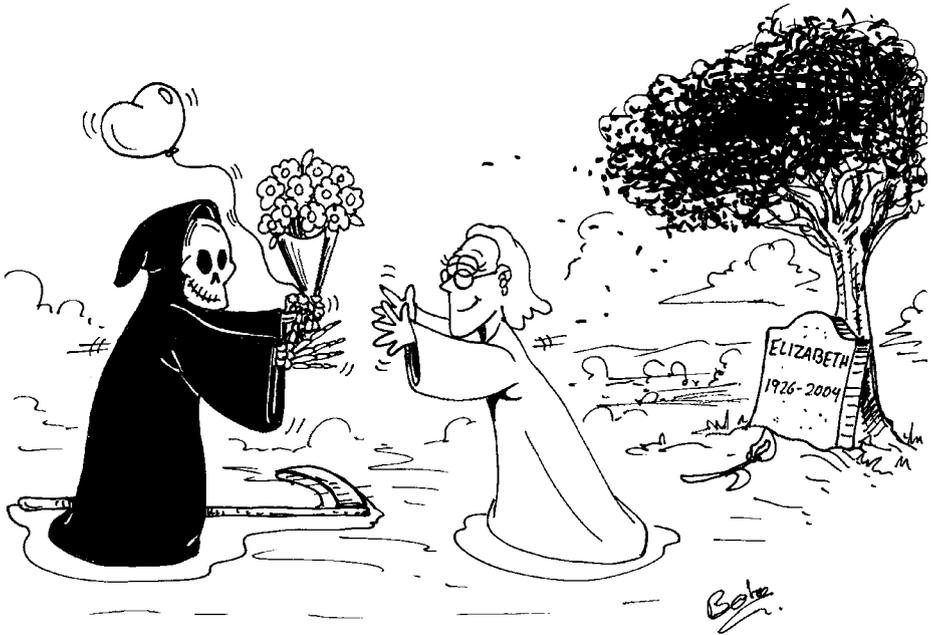
El viejo aforismo de que “no hay enfermedades, sino enfermos” alude precisamente a esta confrontación entre enfermedad y padecimiento. El padecimiento forma parte del enfermo, incluye no sólo sus síntomas, sino todos sus concomitantes, ya sean físicos, psicológicos o sociales, y es el objeto de estudio de los clínicos. La enfermedad es una entidad externa que enmarca los sufrimientos del paciente y es el objeto de estudio de los científicos. Las diferencias entre enfermedad y padecimiento abarcan un espectro tan amplio que desconcierta al principiante, sobre todo cuando espera la presencia de un determinado signo que no aparece, o predice un determinado desenlace que nunca se da. Los clínicos observamos a pacientes, cada uno diferente de los demás. Más que aspirar a encasillar a cada enfermo en el compartimento de la enfermedad que le corresponda, convendría hacer un esfuerzo por comprender lo que efectivamente le está ocurriendo, aprovechando, claro, el marco de referencia de las enfermedades descritas en los textos.

Elizabeth Kübler-Ross (1926-2004)

La muerte ha sido un tema tabú que se rehuye en las conversaciones, no sólo por superstición sino porque nos recuerda nuestra condición perecedera. Para los médicos el tema es incómodo, porque hemos sido educados para evitar la muerte (como si fuese evitable), y todos nuestros empeños van dirigidos a ello. La muerte se visualiza como la expresión suprema del fracaso de las acciones médicas.

Rehuir el tema de la muerte, y no aceptarla a pesar de que es un hecho biológico inevitable y una realidad ontológica indiscutible, condujo al abandono de los pacientes terminales por atender a los recuperables, pues al fin y al cabo ya no se podía hacer nada para alargar la vida de los primeros. También propició el llamado encarnizamiento terapéutico, es decir, la aplicación de medidas extraordinarias para prolongar la vida, aun cuando se previese que ésta continuaría en condiciones deplorables.

Esta conducta de los médicos y del personal de salud para extender una vida llena de sufrimiento y, acaso, para retardar el momento de la inhumación, propició movimientos sociales en su contra y a favor de la dignidad de la muerte. Se dijo que, más que prolongar la vida, lo que estábamos haciendo era prolongar la muerte. Con el progreso de la medicina ha cambiado un tanto la definición de la muerte, pues surgió la posibilidad de “resucitar” a los individuos técnicamente muertos, de mantener por tiempo ilimitado a las personas que estaban en coma o en estado vegetativo (prácticamente muertos), y hasta se ha hablado de “terapia intensiva de los cadáveres” para aprovechar sus órganos para trasplantes. La muerte humana se ha transformado. Hoy se habla de una muerte tecnificada, hospitalizada, solitaria, secular, deshumanizada, dolorosa y diferida.



Al reconocerse, en los últimos años del siglo XX, el derecho de los pacientes a participar en las decisiones que les conciernen, se abandona un tanto el paternalismo para dar paso al principio de autonomía. Esto plantea la posibilidad que tiene cada quien de definir directrices en torno a su propia muerte, y se ha originado una amplia discusión sobre la eutanasia y el suicidio asistido, aunque en nuestro país esta discusión es aún incipiente. También ha surgido el tema de la muerte digna, no muy bien definida, porque para algunos es tan sólo la exclusión del encarnizamiento, mientras que para otros equivale a morir como personas y a no ser tratados como animales o como objetos.

La preocupación por la muerte y por los pacientes terminales y moribundos ha sufrido también un cambio en los últimos tiempos. Ha surgido el movimiento de la tanatología, que considera la necesidad de comprenderlos y apoyarlos, y muchos médicos se han vuelto más sensibles al tema, considerando que no sólo hay que acompañar a los pacientes durante la enfermedad y su curación, sino también durante el proceso de morir. Se reconocen las necesidades de los pacientes terminales que debe atender el sistema de salud y que, por supuesto, no son las mismas que las de los pacientes recuperables. Entre ellas está la de suprimir el dolor innecesario aunque con ello se corra el riesgo de acortar la vida, que de por sí tiene una expectativa breve; propiciar la presencia de los familiares y amigos, permitir al moribundo ponerse en paz con su conciencia, recibir al notario, poner en orden los papeles, obtener los auxilios espirituales y otros más.

La Dra. Elizabeth Kübler-Ross, psiquiatra de origen suizo, fallecida hace poco tiempo a los 78 años de edad, fue muy importante en este cambio hacia una visión humanizada de la muerte y hacia la consideración de las necesidades de las personas próximas a morir. Llamó la atención de los médicos, el personal de salud y la sociedad sobre ciertos derechos de los moribundos, e hizo énfasis en la importancia de la comunicación. Su libro *On death and dying* (“Sobre la muerte y el morir”) se convirtió rápidamente en un *best-seller*. En él proponía que las personas que enfrentan la expectativa de una muerte próxima transcurren por cinco fases que hoy se conocen como etapas de Kübler-Ross y que son: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Pero no fue éste su único legado, sino que ubicó a la muerte como una parte del proceso vital, y en más de 20 libros y una gran cantidad de artículos logró difundir sus ideas, con las que se ha identificado una proporción de la sociedad occidental contemporánea.

En 1995 la doctora Kübler-Ross tuvo un primer infarto cerebral y empezó a preparar su propia muerte. Después de este episodio llegó a comentar públicamente que había superado las primeras cuatro etapas que ella misma había descrito y, por lo tanto, que ya estaba lista para morir.

Ha muerto la amiga de la muerte, la que ayudó a ubicar a la muerte como parte de la vida.

Epílogo

La salud es el sustento de todas las potencialidades humanas. Si bien la historia muestra ejemplos de la extraordinaria creatividad de genios enfermos —basten los ejemplos de Mozart y Proust—, siempre queda la interrogante de qué tanto más hubieran alcanzado si hubiesen sido más sanos.

El perfil de salud de la sociedad mexicana contemporánea se significa no sólo por la llamada transición epidemiológica, en la que coexisten los problemas de subdesarrollo con los de la opulencia, sino en nuevos retos que carecen de precedentes. Las enfermedades emergentes alternan con las reemergentes, y se ha constituido un nuevo capítulo que puede calificarse como “los fracasos del éxito”. Muchos de los logros que ha tenido la ciencia médica han generado nuevos retos inéditos: la maravillosa tecnología médica ha generado una nueva iatrogenia; los trasplantes han propiciado una nueva patología que comprende las distintas variedades de rechazo y las consecuencias de la inmunodepresión; la posibilidad de prolongar la esperanza de vida ha generado una epidemia de enfermedades geriátricas; la supervivencia de neonatos con peso inverosímilmente bajo ha favorecido una legión de discapacitados; la fertilización *in vitro* y la posposición de la muerte han generado una serie de problemas bioéticos otrora desconocidos; el ejercicio más libre de la sexualidad se ha reflejado en distintos problemas sociales, etc.

Todo esto conforma nuevos contenidos de la cultura contemporánea que habremos de incorporar a nuestras decisiones y conductas.

