

Ulises y los asteriscos

Ulysses and the asterisks

Todos recordamos las aventuras por las que pasó Ulises a la vuelta de la guerra de Troya, pero rara vez nos detenemos a meditar ¿qué rayos se le había perdido a Ulises en Troya? ¿sería que también él estaba colado por Helena? ¿sería cosa de la OTAN y de que Troya también perteneciera al Eje del Mal?

Hace ya treinta años, M. Rang describió el “Síndrome de Ulises” (The Ulises Syndrome. CMAJ, 106: 122-123, 1972). En él se reflexionaba sobre el (entonces reciente) uso y abuso de las peticiones analíticas, que en una práctica médica ortodoxa no hubieran debido solicitarse. Los analizadores clínicos automáticos empezaban a implantarse, y algunos suponían que el problema iría en aumento (como efectivamente ha sucedido). Al recibir un resultado anormal, de un parámetro que se solicitó sin una sospecha clínica concreta, la respuesta habitual del médico es la solicitud de más exploraciones complementarias, ante la ausencia de clínica orientativa.

Esta práctica clínica inducida por la recepción de un resultado anormal es lo que se denominó “Síndrome de Ulises”, asumiendo que a Ulises no se le había perdido nada en Troya, y que todas sus aventuras y desventuras se debieron a que se embarcó en una empresa ajena. La cada vez más frecuente práctica médica defensiva ha multiplicado este síndrome, que no se refiere sólo a la multiplicación de exploraciones complementarias, sino que incluye terapéuticas inapropiadas inducidas por los citados hallazgos de resultados anormales.

Un nuevo agente nosológico ha aparecido en la práctica clínica: El Asterisco. Se trata de un indicador que aparece junto a un resultado de Laboratorio Clínico, cuando se considera “anormal”. No queda claro si esta información se dirige al paciente, al médico, o a ambos. Pero potencia extraordinariamente el referido Síndrome de Ulises.

¿Y qué es “normal”? Esta cada vez más acuciante obsesión de médicos y pacientes por la normalidad, nos hace olvidar varios puntos esenciales:

- La normalidad es un concepto estadístico, referido a la Media $\pm$ 2DS en una distribución normal. La anormalidad es estar fuera de ese margen, y afectaría al 5% de la población.

Como consecuencia, toda entidad o valor que afecte a más del 5% de la población, no podría considerarse anormal. Incluiremos como ejemplo, las caries, la obesidad, las cefaleas ocasionales, las viriasis respiratorias, etc. En los parámetros clínicos, sería normal que un adulto tuviera cifras de colesterol por encima de 250 mg/dl, que una mujer en edad fértil tuviera una Hb inferior a 11g, o que un adulto tuviera una T.A. superior a

145/90. Estos valores se observan en bastante más del 5% de los pacientes, luego no pueden considerarse anormales desde el punto de vista estadístico.

- Normal es diferente de Sano o Saludable. Los valores óptimos para lograr una supervivencia larga, habitualmente considerados como “saludables” no son por desgracia “normales” en la población real.

Para llegar a centenario hay que ser hipotenso, delgado, no fumador, bebedor moderado, practicar ejercicio físico habitual moderado, y trabajar poco. Estas y otras características que deliberadamente omito, no afectan por desgracia al 95% de la población, ni muchísimo menos. Luego son poco “normales” aunque sean muy “saludables”.

- Lo normal y lo saludable difieren para cada grupo humano.

Lo mismo que no es en absoluto normal (ni saludable) correr 100m en menos de 20 segundos a los 80 años de edad, sí que lo es para los más jóvenes. De igual modo, un colesterol de 200 mg/dl o una creatinina de 1.1 son patológicos a los 15 años y no lo son a los 50.

- Lo normal para un sano puede no ser normal ni adecuado para un enfermo.

Como afortunadamente, la mayoría de la población es (más o menos) sana, la normalidad estadística se refiere a ellos. Pero incluso un sano tiene sus infecciones banales, sus transgresiones dietéticas, sus accidentes o contusiones, etc. Y no podemos olvidar que la inflamación es necesaria para la cicatrización y para la migración leucocitaria ante las infecciones. En este contexto, un sano puede (y debe) tener valores anormales en circunstancias concretas. Un colesterol tras una cena tardía y copiosa, una microalbuminuria tras una gripe o una actividad deportiva, etc. etc. arrojan resultados “anormales” pero “adecuados”.

En el caso de los enfermos, los parámetros adecuados o incluso óptimos, difieren de los normales para un sano. La ferritina óptima para mejorar la anemia de un paciente no es la normal para un sano sin anemia, sino que se sitúa en valores considerados patológicos por “el asterisco vigilante”. Las necesidades del organismo en una situación patológica o en una convalecencia exigen unos depósitos o unos aportes superiores a los “normales” para los sanos. Determinados parámetros deben ser patológicos en un enfermo. La ausencia de leucocitosis en una infección es a veces signo de “ago-

tamiento de las defensas” y por tanto, de mal pronóstico.

- Un Marcador de enfermedad no es en sí patológico.

Los nefrólogos usamos la urea, pero en otras patologías existen parámetros equivalentes. La Uremia, como entidad clínica no se produce porque aumente la urea. La urea no es tóxica, e incluso fue utilizada como diurético osmótico. Es únicamente un marcador de que algo no va bien. Y con una dieta hipoproteica estricta podemos reducir la urea, pero los riñones siguen funcionando igual (o peor). Únicamente hemos maquillado los análisis. Gran parte de los parámetros clínicos y analíticos, como la temperatura, presión arterial, diuresis, VSG, urea, creatinina, transaminasas, ferritina, etc. etc. no son en sí mismos sino indicadores de un proceso patológico. Se puede maquillar la analítica y los demás parámetros clínicos con dietas, con antiinflamatorios, medicamentos diversos, o incluso con medios físicos. Pero el estado patológico del paciente sigue siendo el mismo.

Volviendo a los asteriscos: no caigamos en el error de culpar al ordenador. Los “valores normales” se pueden modificar en todos los autoanalizadores. E incluso en los más avanzados, se pueden programar rangos normales para grupos de edades y sexos. En algunos se diferencian niveles de anormalidad, que activan alarmas de notificación urgente al clínico. Pero es esencial que estos límites estén adaptados a nuestra población y consensuados con los clínicos, no solamente para evitar el Síndrome de Ulises, sino también la neurosis de pacientes y familiares (que a menudo son los que reciben los resultados).

La automatización e informatización exigen un aumento de las relaciones profesionales humanas, con el fin de evitar que la mala comunicación se convierta en una transmisión de conceptos erróneos, que producen ansiedad y mala práctica médica.

Javier Arrieta Lezama

Jefe de Servicio de Nefrología

Hospital de Basurto. Bilbao

Correo electrónico: jarrieta@hbas.osakidetza.net