

Paciente femenina de 59 años, con serología reactiva para Chagas y el proceso de investigación científica – 2011

Dr. Claudio Goldini

Estimados compañeros del foro al cual sigo diariamente, aprendiendo.

Adjunto archivo de un caso clínico. No tengo aún otros elementos diagnósticos, es la primera consulta.

Agradecerá opiniones

Muchas Gracias.

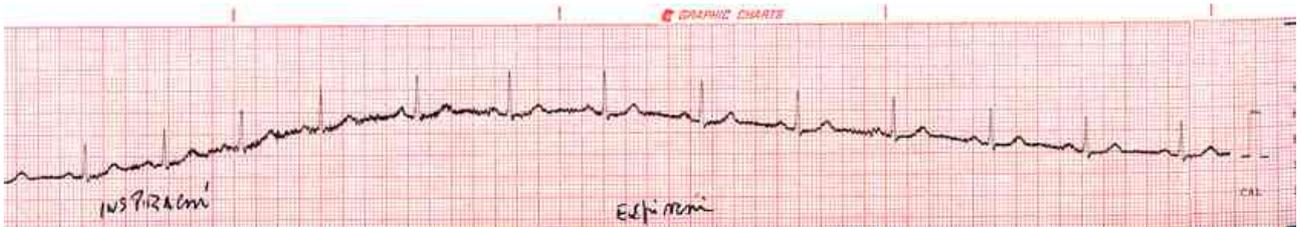
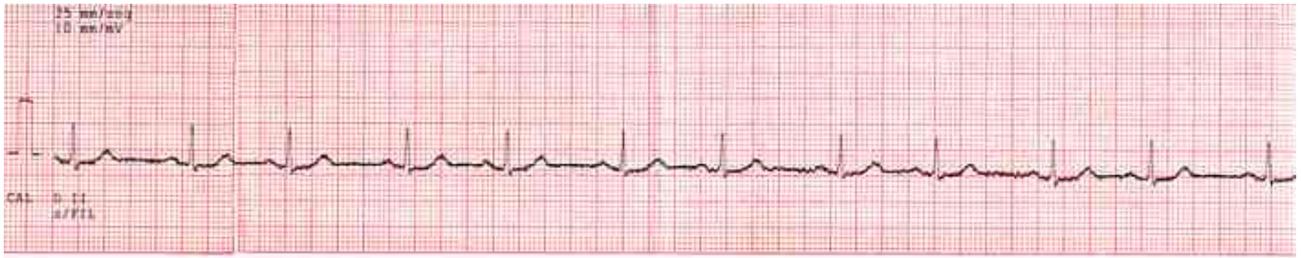
Dr. Claudio Goldini

Buenos Aires

- Paciente femenina de 59 años, de nacionalidad boliviana, vive hace más de 30 años en Argentina, casada, trabaja 8 horas diarias como empleada doméstica, sin síntomas. No toma medicación.
- Antecedentes de túnel carpiano en ambas extremidades, curó con ¿rehabilitación?
- Menopausia hace 8 años, sin síntomas. 2 embarazos con cesáreas no dependiente de los embarazos que cursaron normalmente.
- 2 hijos varones de 33 y 29 años sanos.
- 7 hermanos vivos uno de ellos de 46 años padece de Chagas
- Hace 13 años depresión “leve” tratada con psicoterapia.
- No fumadora, no toma alcohol. Peso estable en 62 kg. IMC: 25.7

- El examen físico no revela alteraciones significativas, se ausculta arritmia que parece desaparecer con la inspiración-espирación
- TA en ambos brazos 120/70
- Consulta porque en abril de este año le realizaron test de Chagas el cual dio positivo.
- Presenta el siguiente electrocardiograma, ¿cuál es el diagnóstico electrocardiográfico? ¿Qué sugiere el foro? No tengo otros elementos diagnósticos es la primera visita al consultorio





OPINIONES DE COLEGAS

Estimado Claudio

Excelente presentación. Caso frecuente en esas latitudes.

La paciente está asintomática y tiene Serología positiva para Chagas.

El ECG muestra ritmo sinusal a 75 latidos por minuto. Ejes normales. El intervalo PR, QRS y QT están dentro de límites normales. No se detecta arritmia.

Los voltajes son bajos pero NO presenta criterio de micro voltaje.

Desde el punto de vista clínico, **NO haría más nada**. Cualquier estudio que tenga más un sentido académico que clínico, lo trataría de evitar en alguien con tendencia a la depresión.

Como el ECG es totalmente normal, el y la Rx también lo serán (recuerde está asintomática).

La posible disfunción autonómica asociada a esta etapa, de estar presente, no tiene criterios de ser tratada (paciente asintomática). Por lo tanto, le diría a esta buena señora **que todo está OK y siga su vida normal**.

Le mando un fuerte abrazo y esperemos a ver si el Master Edgardo haría algo diferente, ya que es nuestro referente en Chagas.

Salud

Adrián Baranchuk

Estimado Dr Goldini: sumado a lo claramente expresado por el Profesor Adrián. Por el antecedente de túnel carpiano, depresión leve y la baja amplitud de los voltajes ¿le han solicitado perfil tiroideo?. No encuentro otras signos clínicos para sospecharla, solo la asociación de los mencionados.

Un saludo

Martin Ibarrola

Buena idea Martin, pero esta señora está **ASINTOMÁTICA**.

Por favor, no la enfermemos. Quiero decir, sería un hipotiroidismo subclínico, sin angioedema ni pérdida de cabello, sin aumento de peso, sin letargo, sin intolerancia al frío, sin bradicardia.

Esta mujer limpió casas y barrió por años, puede tener su túnel carpiano, ¿no?

Y ahora le dijeron que es chagásica, ¿comprometerá eso su capacidad de seguir trabajando limpiando casas? ¿Depresión reactiva?

Lo mas difícil en Medicina es NO hacer.

Un verdadero arte la contemplación.

Salud

Adrián Baranchuk

Muchas gracias por las opiniones, en realidad mi consulta con respecto al ECG es que en la tira larga de DII y también en el ECG se observa una arritmia, los RR no son iguales, sin bien los pQRS son iguales, además como expresé en el resumen de HC la arritmia es claramente auscultable y palpable. ¿consideran que es una disautonomía? En inspiración-esperación esta desigualdad desaparece. La pregunta que me hago es debido a que la paciente tiene serología para Chagas positiva, es nativa en área de Chagas y uno de sus hermanos tiene Chagas. Suponiendo que se considere disautonomía, ¿cómo se debería seguir su evolución?. Me gustaría también la opinión de Edgardo.

La paciente está en plena actividad, no parece clínicamente hipotiroidea. La depresión es de hace unos años y parece estar superada.

Saludos

Claudio Goldini

Estimado Claudio,

Es una paciente con serología positiva. Hasta ahora no muestra cardiopatía chagásica, ésta sólo ocurre en el 30% de los casos.

ECG es normal. Seguro Rx también.

Completaría la evaluación cardiológica con un ECO 2D y una ergometría, por si presentara arritmia ventricular compleja inducida por el ejercicio. Casi con seguridad va a dar todo normal.

Por lo tanto que continúe con su vida cotidiana habitual y "no enfermarla".

Saludos.

Oscar Pellizon.

Oscar

¿Para qué hacer un Eco si el examen físico es normal y el ECG también.

Está a 75 por minuto, ¿por qué hacer una Prueba de Esfuerzo? ¿Para ver respuesta cronotrópica? (pues ya ves, está a 75 lpm) ¿Para ver inducción de arritmias? ¿En paciente ASINTOMÁTICO?

Entonces a todos los asintomáticos hagámosle Eco y Prueba de Esfuerzo!

Me parece poco redituable hacer estudios diagnósticos cuando la probabilidad pre-test es tan baja.

CONTEMPLACION, UN ARTE DIFÍCIL DE VERAS

Salud

Adrián Baranchuk

Estoy de acuerdo con Adrián. Tal vez deberíamos pensar que a veces no hay por qué "pedir mucho" para que parezca que nos interesamos y hacemos algo. En las consultas no todos los pacientes van a ser de alto riesgo -por suerte- A veces nuestro rol como especialistas es el de tranquilizar al paciente y cuando manifieste algún síntoma o signo que consideremos válido, pues seguirlo e investigarlo.

Un muy feliz día para todos.

Diego Fernández

Es cierto lo que vos decís, pero en un pequeño porcentaje de estos “chagásicos sanos” hemos inducido TVNS en el ejercicio, el porcentaje es mayor cuando tiene BCRD + HAI, así tenga FEy normal y sin alteraciones segmentarias de la contractilidad en el ECO. No nos olvidemos la acción del simpático, muchos de ellos presentan MSC durante el esfuerzo.

Aquí hacerle una ergometría y un ECO es barato. Reasegura emocionalmente al paciente, porque muchos de ellos tienen familiares. que fallecieron por el Chagas, y al médico práctico lo tranquiliza. Aunque a seguro se lo llevaron preso. Desde el punto de vista estadístico es como vos decís, la probabilidad pretest es baja.

Salud.

Adrián Baranchuk

Queridos amigos:

Antes que nada les comento que estoy con un cuadro vertiginoso desde hace más de 10 días y hoy me hacen una RNM. Por eso la demora en responder.

El concepto de **ASINTOMÁTICO o FORMA INDETERMINADA** debiera ser eliminado de vuestras cabezas en los pacientes que cursan la Fase crónica de la Enfermedad de Chagas.

¿Por qué? Porque muchos pacientes con ECG Normal y Rx Normal y asintomáticos, cuando los estudiamos con métodos más sofisticados, pueden mostrar alteraciones incipientes que pueden ser las alertas precoces que indiquen que el paciente que las presente forme parte del 30% de aquéllos que evolucionarán a formas clínicas con manifestaciones de cardiopatía evidente.

Por ejemplo, el Eco Doppler es fundamental en estos pacientes porque nos permite detectar:

- Pequeños microaneurismas (generalmente de punta pero que pueden localizarse en otros segmentos) que pueden desencadenar arritmias severas, stroke o MS. Precisamente hay estudios forenses en pacientes que murieron súbitamente en los que se detectó microaneurismas y serología reactiva para Chagas en líquido pericárdico.
- Manifestaciones muy precoces de disfunción diastólica

También pueden detectar disfunción endotelial con técnicas de perfusión miocárdica con test de frío (que se comporta como la inyección intracoronaria de Aco o pletismografía digital con estímulo con salbutamol y NTG que permite evaluar la disfunción endotelial y la disautonomía (como presentaremos en el próximo Congreso de Cardiología de la SAC y también en una presentación que hemos enviado al 7CVC.

- Detección de anticuerpos antiM2, fuertemente asociados a disautonomía.

Últimamente estamos investigando disautonomía a través de la medición con Holter de unos índices desarrollados por investigadores argentinos de la UNLP y el Conicet que se basa en la teoría de los "falsos vecinos". Sería muy complicado que les explicara aquí en qué consiste. A los interesados lean la conferencia de Andrés sobre **Aplicación de Nuevos Índices Matemáticos para el Diagnóstico de la Cardiopatía Chagásica**.

<http://www.fac.org.ar/6cvc/llave/c061/andresa.php>

Respecto a la pregunta de Claudio acerca de si la arritmia sinusal marcada que él observa pudiera deberse a disautonomía, habría que acompañara de otros marcadores (EDIM o dimensión de embedding y FNNF10 o valor residual de falsos vecinos a dimensión 10. anticuerpos antiM2, índices pletismográficos, etc)

Por ahora dejo aquí

Un abrazo y Feliz Día del amigo!!

Edgardo Schapachnik

Claudio:

Deale el teléfono de mi casa. Que la señora me llame, que diga que habla de tu parte y combino con ella para verla en el HospitaUn abrazo

Edgardo Schapachnik

Hola Oscar

Se puso muy lindo esto.

1. Si el paciente tiene BCRD + HBAI, es otro paciente. Esta señora NO tiene nada de eso.
2. En un email posterior y en contestación a la propuesta de Edgardo, ya se empezaron los contactos para hacerle estudios y yo me pregunto:

- a. Si la paciente tiene disfunción diastólica asintomática, ¿le van a hacer algo?
- b. Si tiene disfunción endotelial, ¿se le va a dar algo?
- c. Si tiene un microaneurisma (habría que hacerle una RNM calculo), ¿se le va a hacer algo, anticoagulacion? ¿un estudio electrofisiologico? ¿se le va a dar un antiarritmico?
- d. Si tiene disfunción autonómica, ¿qué se va a hacer?

Y si todo da normal, ¿qué vamos a decir? Porque YA esta ASINTOMÁTICA, y ya

aceptamos que la FASE INDETERMINADA no existe. Pero si los estudios son normales, ¿eso cambia la categoría?

3. Ni el aspecto económico, Oscar, ni la "tranquilidad" del médico, son factores que en este caso en particular habría que sopesar. Lo económico tiene importancia si pensamos en la gran escala NO en el paciente individual.

4. Cuando Edgardo se recupere, me gustaria que nos explicara exactamente QUÉ estudios quiere hacer y porqué, y por supuesto la evidencia que justifica estudiar un paciente asintomático.

Salud y lo mejor para ese resultado de RNM

Adrián Baranchuk

Esta paciente aparte del bloqueo de rama derecha más hipertrofia de ventrículo derecho como tipo de pacientes con cardiopatía chagásica y la diferencia con el Wolf Parkinson White. El trazo no es muy claro y tengo ciertas preguntas.

Hola?

¿Quién habla?

¿Quién escribió este mensaje?

Por las dudas, esta paciente NO tiene NINGUN trastorno eléctrico\

Buenas noches
Adrián Baranchuk

NOTA: el autor de la cita es Gregorio Masliver.

Se ruega firmar los mensajes y enviarlos a la dirección del Foro
<arritmias@listserv.rediris.es>

No deben ser enviados a mi dirección personal.

Edgardo Schapachnik

Estimados Adrián y Oscar

Presenté la historia de esta enferma y un ECG que desde la morfología del trazado es normal, salvo, repito que se ausculta, se palpa una arritmia y esta aparece en la DII larga. Ahora bien, esta paciente concurre a mi consultorio confiando en mí y me pregunta: Dr. tengo serología positiva para Chagas, mi hermano es enfermo de Chagas, ¿puedo ser yo también enferma? Aquí ya dejamos lo macro y entramos en la relación de un paciente con su médico. Es muy probable que si encontrara esta arritmia como se dijo disautonómica en un paciente/a que no tuviera serología positiva le diría vaya tranquilo/a, no tiene nada importante, a lo sumo un Holter y una prueba de esfuerzo, no habría en principio y por el examen físico y el ECG evidencias groseras de alteraciones estructurales cardíacas.

Pero aquí se trata de responder a la paciente y responderse a uno mismo que no es lo mismo que tranquilizarse y tranquilizar, en este caso acudo a los expertos, ya hay por lo menos dos posiciones tomadas y va a ser mi criterio y mi responsabilidad dar respuesta a la paciente.

Me pregunto si esta paciente es asintomática. Supongamos como sucede en muchos pacientes que perciba esta arritmia que es tan clara al examen físico. ¿Pasa a la categoría de sintomática? Este ECG, mejor dicho esta paciente con su pregunta no

resultó tan inocente. Para mi este debate es enriquecedor y espero que se siga dando para obtener decisiones apropiadas.

Claudio Goldini

Más la fibrilación auricular que presenta.

Queridos amigos:

Por supuesto que esto se ha puesto muy bueno!

Voy a intentar responder las preguntas de Adrián:

a. *¿Si la paciente tiene disfuncion diastolica asintomatica, le van a hacer algo?*

Es interesante la pregunta porque hay cierta sutileza en decir "disfunción diastólica" y no "insuficiencia cardíaca con función sistólica conservada", ya que precisamente en este caso la paciente es asintomática.

Es decir, estamos hablando de hallazgos ecocardiográficos que indican precoces dificultades en el llenado ventricular

La contrapregunta sería, ¿qué debemos esperar? ¿Acaso que el cuadro avance a una Insuficiencia cardíaca con FS preservada? ¿Qué se haga sintomática?

Entonces, a la pregunta de Adrián respondería diciendo que sí, que hay que hacer algo, distintivo de otro paciente en los que el Doppler sea absolutamente normal, en el QUE NO HAY QUE HACER NADA.

En este caso, en primer lugar, hay que repetir el estudio y de repetirse los hallazgos, al paciente -por lo menos en mi caso- los veo más frecuentemente durante el año.

Tal vez le aconseje sobre cuidados con las ingestas de sodio

¿Y por qué no medicarlo con B bloqueantes?

Se dirá que no hay evidencias. Es cierto, pero ¿hay motivos para no hacerlo?

b. Si tiene disfuncion endotelial, ¿se le va a dar algo?

En mi caso y con resultados favorables, en el sentido de revertir los resultados de isquemia frente al frío los medico con estatinas y eventualmente IECA.

Una vez más, habrá que generar evidencia

c. Si tiene un microaneurisma (habria que hacerle una RNM calculo), ¿se le va a hacer algo, anticoagulacion? ¿un estudio electrofisiologico? ¿se le va a dar un antiarritmico?

No es necesario hacerle una RNM, aunque con ella a veces se ven pequeños aneurismas que el Eco 2D no permite visualizar.

Hay autores que efectivamente anticoagulan. En mi caso les indico antiagregación con 100 mg de AAS.

No les indico estudio EF ni le indico antiarrítmicos, pero indico realizar Holter más frecuentemente.

d. Si tiene disfunción autonómica, ¿qué se va a hacer?

Es una pregunta de respuesta difícil. Pero convengamos que es mejor tener la información que no tenerla. Porque sabemos que esta condición aumenta el riesgo de presentar arritmias malignas y MS.

¿Beta bloqueantes?

El tema amerita reflexionar en cómo nos posicionamos frente a "hallazgos" que no son cualquier cosa, sino que son verdaderos factores de riesgo de condiciones potencialmente severas.

¿Por qué tomamos medidas con un fumador asintomático o con un dislipémico asintomático?

Creo que la respuesta debe ubicarse en el mismo plano de intentar evitar que estas alarmas precoces se transformen en la condición que la alarma nos está indicando.

Más adelante voy a enviarles resultados que encontramos con la tonometría digital

Querido Claudio:

Te comento cómo procedo yo con mis pacientes.

Siempre trato de dar un mensaje tranquilizador, mientras procedo "preventivamente"

Es decir, les explico a estos pacientes, "**asintomáticos, con ECG y Rx Normal**" que tienen el **70%** de posibilidades de jamás tener problemas y que hay un **30%** de chances que puedan desarrollar manifestaciones de cardiopatía de grados de severidad variables.

Pero que la suerte que tienen, es que el conocimiento médico actual, nos permite detectar precozmente si hay "**algún factor de riesgo**" que permita sospechar que se podrá estar en ese 30%, y entonces tomar medidas para evitarlo. Por ello, -les explico- le voy a indicar la realización de estudios.

Un comentario adicional sobre el concepto de "**asintomáticos**"

¿Qué queremos decir con "asintomático"?

En general, los cardiólogos caracterizamos así a pacientes que no refieren disnea de esfuerzo o de reposo, ángor típico, palpitaciones, síncope, etc.

Pero, ¿es asintomático un paciente que no tiene ninguno de los síntomas mencionados pero refiere "pinchazos" esporádicos en la región precordial? ¿Q que le "hinca"? ¿O que refiere otros síntomas que no forman parte de nuestro diccionario convencional?

Todos nosotros hemos sido formados a la luz de una escuela que me permito en llamar como "**isquémica**", pero isquémica de los vasos epicárdicos.

¿Nuestros pacientes con coronarias normales tienen los mismos síntomas? ¿Y si tiene "otros" pero no presentan angor, disnea, etc, son "asintomáticos"?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Querido Claudio

Gracias por tu email.

Me gustaria empezar por un tema que lo vi en un email anterior y ahora me doy cuenta que nos puede ayudar:

Cuando vos decis "arritmia" (en este email lo decis 2 veces) a que te referis?

He mirado el trazado nuevamente y es cierto que hay una variación de los intervalos RR (la onda P varia muy ligeramente, pero dado un intervalo de acoplamiento largo NO puede ser una extrasístole auricular) que corresponde a variación respiratoria FISIOLÓGICA. Por algún motivo, en los viejos libros de texto se la llama **ARRITMIA SINUSAL RESPIRATORIA O ARRITMIA SINUSAL RESPIRATORIA FISIOLÓGICA**.

Es un termino, como ves, por lo menos confuso. Es como llamar ANORMAL a un comportamiento fisiológico que ocurre solo durante determinadas situaciones (por ejemplo, respirar).

Ahora, pongamos que la tiene MUY marcada, bueno por si misma es un patrón MUY saludable. ¿Por qué? Porque **la presencia de VARIABILIDAD de la FC es un factor relacionado con la SALUD no con la ENFERMEDAD**. La ausencia de variabilidad es el problema, ¿me seguís? (por ejemplo en el IAM o en el Chagas avanzado).

Dicho esto paso a mi segundo tema de interés:

Insistimos desde siempre, en formular la probabilidad pre-test. ¿Por qué? Porque a nivel macro, si uno pide por pedir (ej porque es barato, porque no jode a nadie, porque me quedo más tranquilo, porque tranquilizo al paciente) lo que hace es funde el sistema de salud (Ver USA o España). Y además porque carece de sentido científico. Como decía uno de mis mentores, no salgamos a cazar patos con perdigonera, porque seguro vas a bajar también un par de urracas y chingolos del monte.

En este caso en particular la ecuación sería: le pido el estudio X. ¿Por qué? Porque de los resultados de este estudio (y solo en este caso en particular) voy a poder hacer Y (ejemplo: tratarla de alguna manera, conocer pronóstico, etc). Eso todavía, no fue aclarado por la autoridad en este tema, el Dr Schapachnik. Yo no estoy convencido que ninguno de los estudios mencionados aporte nada, pero estoy dispuesto a aprender.

Final de tu email Claudio:

Ponés en Itálica la palabra ***Mi consultorio***. Y eso me llamó la atención. Está claro que estamos discutiendo TU paciente. Sin embargo, una vez que la paciente es subida al foro para discutirla científicamente, la paciente es de todos. Subrayar la paternidad del caso, solo te resta objetividad. Aquí no se trata de Adrian vs Edgardo vs Oscar o el que sea. Sino de compartir nuestras visiones, opiniones, experiencias.

Por supuesto, harás con la paciente lo que a vos te haga sentir más cómodo y respaldado. Y ojalá nos cuentes lo que has hecho y los resultados de eventuales estudios, así todos seguimos aprendiendo

Salud

Adrián Baranchuk

Querido Adrian:

Voy a tratar de no poner acentos ni usar eñes y te pido que también me emules, porque no te das una idea como llegan tus mensajes que debo editar.

Ahora voy a responder este aspecto que me había quedado en el tintero aclarando que el resaltado me pertenece

*Porque a nivel macro, si uno pide por pedir (ej porque es barato, porque no jode a nadie, porque me quedo mas tranquilo, porque tranquilizo al paciente) lo que hace es **funde el sistema de salud** (Ver USA o España). Y además porque carece de sentido científico. Como decía uno de mis mentores, no salgamos a cazar patos con perdigonera, porque seguro vas a bajar también un par de urracas y chingolos del monte.*

Es un párrafo jugoso con afirmaciones fuertes.

Parto de compartir con vos tu reflexión acerca de "**pedir por pedir**" en todas las situaciones que enumeras.

Pero no entra en dicho listado, el hecho que una **situación sea muy prevalente**. Con esto quiero significar que no es tu culpa ni la mía ni la de ninguno de nosotros que haya millones de pacientes chagásicos en nuestros países.

Y si yo acepto la hipótesis (aclaro desde ya que obviamente la acepto) que la mera presencia de **serología reactiva para enfermedad de Chagas es un factor de riesgo** de una potencial evolución hacia cardiopatía potencialmente grave en un 30% de los casos, me posiciono en que tengo la responsabilidad moral, social y obviamente científica de poder dar respuesta a ese interrogante que me genera el "inocente" resultado de "**serología reactiva**".

En segundo lugar, Adriancito, quiero recordarte que el sistema de salud de nuestro país es **atípico** y que tal "atipicidad" entre otras cosas esta dado porque es el único en el mundo donde existe un sistema de **OBRAS SOCIALES SINDICALES** paralelo al sistema publico y al privado. No tiene nada que ver con los ejemplos que das de USA o España.

Para los amigos que no lo sepan, les aclaro en que consiste el sistema de Obras Sociales.

A todos los trabajadores orgánicos se les realiza un descuento de su salario que es el **equivalente a un salario anual**, que lo retiene su sindicato y que financia un sistema de salud que en algunos casos se halla muy desarrollado. Este descuento es independiente de los descuentos en impuestos que financian al sistema publico de atención médica.

Casualmente anoche mismo a través de mi OS (pertenezco y aporto a la OS de trabajadores del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, en mi carácter de médico de un Hospital perteneciente a esa órbita) me realicé una resonancia nuclear en el Hospital de la Obra Social, de alta complejidad. No tuve que poner un solo centavo y el tratamiento que me dieron fue de primer nivel, igual o mejor que el que me hubieran dado en el sanatorio privado más caro de nuestra ciudad.

Entonces es mucho mas lógico que los pacientes chagásicos que en nuestro país se hallan dentro de los 18 millones de trabajadores sindicalizados y con aportes puedan reclamar que **tales aportes le sean devueltos en prestaciones** más que ir a abultar los bolsillos de los jefes sindicales.

O sea, el sistema no se va a fundir porque 2 millones de pacientes chagásicos que se estima hay en Argentina se realicen un ECG, un EcoDoppler, un Holter y estudios para descartar disfunción endotelial.

En dicha premisa se basa el programa que estamos iniciando en una OS de la provincia de Chaco, una de las que tiene mas alta endemicidad en nuestro país.

Espero que no seas muy duro a la hora de responderme ya que no quiero que se agregue un nuevo factor desencadenante de mi cuadro vertiginoso. :-)

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Querido Adrian

Leí con atención tu respuesta, por supuesto que al traer el caso al foro se hace de todos y eso es lo que nos hace aprender. Al hablar de mi consultorio y la de la paciente (esta paciente en particular) trato de despejar los comentarios de tranquilizar y tranquilizarse y remarcar la responsabilidad última que le corresponde a la decisión del médico de cabecera, nada más que esto. No presentaría casos sin el objetivo de compartirlos y aprender de los expertos.

Con respecto a tu comentario sobre la irregularidad en el ritmo de esta paciente, dejame pensarlo y observarlo, voy a obtener un nuevo ECG con una DII más larga si es posible, para que podamos analizarla y comparar los dos ECG. Gracias por tus comentarios.

Claudio Goldini

Gran Adrián, tu posición es muy interesante y acuerdo en casi todo.

Este es un foro, que me impresiona, muy heterogéneo, en cuanto a las formaciones y a las situaciones como médicos dentro del sistema de salud nuestro. No es lo mismo ser médico dentro de las grandes ciudades del interior de nuestro país con Universidades, trabajar en Capital, o trabajar en alguna ciudad no tan grande del interior o alguna población con pocos habitantes.

Cuando expreso algunos términos, que desde tu posición y desde tu formación (obviamente respetable y envidiable desde el buen sentido) pareciera que descalificaras a los mismos. Creo, que tal vez, como argentino y entendiendo nuestro folklore, y ante un caso, traté de entender lo que quería el colega.

Sin duda, el rigor científico debemos aplicarlo, pero el caso, no forma parte de un trial, en el caso, se juegan otras cosas.

Abrazo.

Oscar Pellizon.

Interesante discusión estratégica se ha formado. Me ha parecido muy completa la respuesta del Dr Edgardo desde el punto de vista del especialista en estos temas y la claridad con la que la ha manifestado. Pero me ha surgido una duda:

La mujer tiene 55 años. Al hacerle el doppler lo más frecuente es que tenga disfunción diastólica -por la edad, que no se considera patológica- Nos dará una onda $A > E$, igual en el tisular, un tiempo de desaceleración de E algo prolongado, retorno de venas pulmonares con diástole descendida, un grado I.

En su respuesta a Adrián comentaba que la trataría, pero ¿a partir de qué grado de disfunción?

El resto me ha parecido enriquecedor, ya que no tengo entrenamiento en el *screening* de este tipo de pacientes y los que he visto con Chagas ya tenían la miocardiopatía clásica, con sintomatología florida.

Un saludo, gracias por adelantado y lo bueno es que en el foro se aprende de todo, esta vez de Chagas y de como cada uno ve el problema del paciente.

Diego Fernández

Querido Profe

Primero gracias por clarificar en el tema sistemas de salud. Muy claro. Mucho más claro que como lo explican los políticos. En ese tema, ¿que porcentaje de personal de limpieza está bajo relación de dependencia? Mi memoria me indica que muy pocos, pero tal vez eso haya mejorado. Ojala.

Ahora, no hagamos la ecuación de que porque un estudio puede afrontarse, entonces hay que pedirlo. (antes me decías respecto de los BB porqué NO hacerlo, ¿te acordas?).

Me parece, como te he dicho en vía privada, que la experiencia del Chaco será muy reveladora; y podrá dar respuesta a muchos de los actuales interrogantes que también plantea este caso. Pero un error, diría sistemático en investigación (acaba de pasarme en Apnea del Sueño y Aleteo Auricular) es presuponer el resultado antes de hacer el estudio. Eso está mal. Y mucho peor, establecer conductas antes de probarlas.

Esperemos que la experiencia con la OS del Chaco arroje luz sobre este y otros temas de como encarar el paciente infectado asintomático, y luego hablamos.

Mientras tanto, me siento a contemplar. Ardua y difícil tarea para quien vive de hacer. El no hacer. ¿Se animara Claudio a NO hacer, a sabiendas que eso representa una postura en la toma de decisión médica?

Salud Profe, para Ud y para todos aquellos que quieran habitar nuestro hermoso continente.

Adrián Baranchuk

Querido Diego:

Gracias por tus apreciaciones respecto a mi mail anterior y por tu reflexión.

Mi apreciación la hice a título general y no para el caso particular de esta señora, de quién aún no tenemos resultados.

Pero suponiendo que fuera como vos decís no tengo respuesta acerca de si tratarla o no y cual debiera ser el punto de corte

La respuesta la tenemos que encontrar entre todos. Porque me estoy manejando con hipótesis que no están probadas y la hipótesis a su vez la vamos construyendo desde la práctica clínica

Un abrazo desde este lado del Atlántico

¡Qué genial este foro!

Uno quiere la opinión de un experto y zas! Ahi- la tiene. Gracias a Edgardo por mantener vivo este foro!

Al caso: Gracias por las respuestas. Sigo con algunas dudas.

1. Si tiene disfunción diastólica asintomática. ¿Tiene indicación de BB o IECA? No lo se. He revisado el tratamiento farmacológico en Chagas y no lo dice (Ver Muratore Baranchuk Vasc Health Manag 2010). Lo poco que hay es pacientes con disfunción sistólica. Nada randomizado, todo extrapolado. Yo diría Nivel de Evidencia C. Que no haya motivos para NO hacerlo, no puedo aceptarlo como respuesta, lo siento. Siguiendo el mismo criterio NO hay contraindicaciones para darle Vip Vaporu.
2. Disfunción endotelial: como Edgardo acepta, nivel de Evidencia C. Su posición puede estar respaldada por su experiencia, que es mucha, pero no por la literatura. Como sabemos, la mejor es la combinación de ambas (Experiencia-Evidencia). En este caso: Evidencia 0.
3. Si hay microaneurismas que el Eco no puede determinar, siguiendo tu línea de pensamiento, Edgardo, HABRIA que hacerle una RNM. Sino, estarías aceptando una incoherencia de estudiar a medias una paciente asintomática. Como YO no la estudiaría, entonces NO sabría si los tiene o no. Pero si VOS la estudias, entonces tenés que ser concluyente: ¿tiene o no tiene? Por lo tanto, podríamos decir que todo paciente chagásico asintomático sin evidencia de cardiopatía estructural, necesita una RNM. Ayayayayayayayayayay!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!
4. Agregación vs anticoagulación: Evidencia C (o sea nula). Seguiré los consejos de Edgardo, porque sobre eso no hay nada.
5. Disfunción autonómica asintomática: aqui- Edgardo acepta que es difícil (menos mal!!!!). Lo que seguro NO haria Edgardo (experiencia personal) es darle BB. ¿Por

qué? Porque la disautonomía del Chagas puede ser exacerbada por el uso de BB y ni que hablar de la disfunción sinusal que acompaña a un 30% de estos pacientes. La disautonomía del Chagas es DIFERENTE del paciente isquémico (como bien nos recordás en tu email previo).

Salud

Adrián Baranchuk

Querido Maestro y amigo

Gracias, apenas un trabajador duro, pero sin categoría de maestro. Una palabra que a veces usamos con soltura.

Para mi maestros, en el foro, son Ud, el Potro, Samuel, Viskin. Uds se han ganado el mote, por algún motivo u otro. Gracias igual por desenvainar el florín y aceptar el reto. A ver si lo sigo: lo del Chaco intentará probar la PREVALENCIA de un fenómeno descripto casi de manera sistemática, aunque anecdótica (no hay series, ni estudios a largo plazo ni menos estudios randomizados). Solo observaciones fisiopatológicas en vivo y en vitro, con escaso número de pacientes. Uds, entiendo, lo quieren demostrar a larga escala. Me parece GENIAL!!!!

Pero amigo, pare el caballo: hasta tanto y en cuanto haya datos, por favor no salgamos a recomendar cosas que después NO sabremos qué valor tienen.

Por ejemplo: si la paciente tiene disfunción diastólica tipo I, ¿Ud le va a decir que la cosa va a empeorar??? No lo sabemos.

¿Ud le va a decir que eso es una manifestación temprana de cardiopatía chagásica?: no lo sabemos. Si Ud le detecta una dispersión de QT incrementada: ¿qué le va a decir? Ojo! Ud se puede morir súbitamente????

¿Qué va a hacer con la data recolectada con un digamos para hacerla facil: Ecodoppler (con TDI), Holter (con HRV y dispersion del QT) y una prueba de esfuerzo????

¿Qué va a hacer, ¿qué le va a decir?

Ahora, si la paciente estuviera enrolada en el Chaco Study, entonces si, lo apoyo, porque esos datos van a una base para seguimiento a largo plazo. Y Ud y su grupo cuentan conmigo para esa iniciativa genial.

Pero en el paciente individual NO.

Me parece que no pesco bien lo de CONTEMPLAR.

CONTEMPLAR, concientemente, es una actitud igual o más activa que la de hacer. No hacer, insisto, es mas difícil que hacer. Intentelo.

SALud, para siempre

Adrián Baranchuk

Queridos amigos del Foro, Adrian, Edgardo y Oscar

La polémica es muy interesante y se puede ver desde distintos puntos de vista. Es cierto que la formación de los integrantes del foro es heterogénea, me incluyo, no soy electrofisiólogo ni me dedico al estudio del Chagas, soy Clínico y Clínico Cardiólogo pero he leído muchos ECG y he visto muchos pacientes en 42 años de experiencia hospitalaria en un gran hospital de la Ciudad de Bs As, el hospital Fernández. También ejercí 2 jefaturas de servicio y allá por los 80 me hice más de 3500 ergometrías yo solito, con una ayudante no médica, por lo que tenía que observar al paciente, tomarle la presión ordenar el momento del registro, vigilar el monitor, etc, etc. No lo digo por presumir, lo que quiero decir es que a pesar de una buena formación, el papel del clínico es muy difícil, es el organizador de la enfermedad, el que está más cerca del paciente y la familia y todo lo que Uds. saben y sobre todo al que acuden en forma permanente. Y también muchas veces me atreví a decir el NO, especialmente en las áreas críticas. El NO proviene de una reflexión profunda de lo que es conveniente para el paciente, no para el sistema. Aquí quiero aclarar algo y perdonen la insistencia, muy raramente durante un examen físico ausculté una arritmia fisiológica como la de esta paciente, fija durante todo el examen y que no sigue el patrón respiratorio, es decir para mi no es la llamada arritmia respiratoria y tengo el derecho a dudar de que sea una variabilidad fisiológica de la FC. La cuestión de que funde el sistema de salud es otro punto de vista que corresponde a los economistas y los gestores de salud, quisiera saber si los pacientes piensan lo mismo. Por otra parte si como dice Adrián le encontramos algo, pero no tenemos respuestas, sigue siendo una respuesta valedera para la paciente, porque va estar acompañada por un seguimiento y se respondió a la pregunta con la que acudió al consultorio y se sentirá protegida por su médico, la institución o lo que fuera.

También engrosará la casuística de los que estudian ese período indeterminado con la que trabajarán los científicos y en algún momento conoceremos sus conclusiones.

Sigo leyendo opiniones con gran interés y prometo, si es posible un nuevo ECG de esta paciente el cual podría obtener el lunes próximo.

Perdonen pero algunas cosas las tengo que responder, espero que me entiendan.

Claudio Goldini

Pucha!!!

¡Qué mal lo he explicado!

Porque por lo menos vos, Adriancito, **NO LO ENTENDISTE!!!**

¡NO EXISTE NINGUN CHACO STUDY!

Lo que se esta iniciando en el Chaco, es un **PROGRAMA** de atención médica. El 1º de su tipo.

¿Qué es un programa?

Es un plan que en una primera etapa pretende poner nombre y apellido a los afiliados a la OS del InSSSeP que tengan serología reactiva para Chagas y en una segunda etapa brindarles atención médica a los que se detecten como positivos. Punto.

Proveerlos de medicamentos si son requeridos. Proveerlos de un dispositivo si está indicado. Proveerlos de internación si se requiere. Todo gratis. Y hacerles **por lo menos** un control médico anual

Los prestadores son los médicos prestadores naturales de la obra social que actúan según su mejor saber y entender.

No es el objetivo del Programa conocer la prevalencia de la infección chagásica. El objetivo es detectar a personas que estando parasitadas ignoran su condición y darles atención médica a los que sean detectados.

Como cuando se hace una campaña de Papanicolau.

La prevalencia la vamos a conocer después, pero no es el objetivo. No se ha diseñado ningun estudio epidemiológico.

O sea, si hacemos 100.000 serologías y 10.000 son reactivas, diremos que hemos hallado un 10% de seropositividad. Pero no es el objetivo.

El objetivo es que esas 10.000 personas, la mayoría de las cuales ignora su condición, vayan al médico cardiólogo para que este les haga estudios tendientes a conocer su situación clínica.

Forman parte del estudio que está autorizado por el Programa, realizar un ECG, una Rx, un Eco Doppler y un Holter. Cuando el programa esté en la etapa de desarrollo, podrán o no surgir líneas de investigación. Por ejemplo en un número acotado de pacientes se harán pletismografías digitales.

Ahora, si al tener por ejemplo 100, 1000 personas o las que fueren, que han **OPTADO** por recurrir al Programa y en un % de ellas encontramos "disfunción diastólica" (tan solo como ejemplo de un hallazgo que puede aparecer) tendremos un problema.

¿Que hacer con ello? ¿Nada? ¿Algo? ¿Qué cosa?

Entonces deberemos reunirnos, convocar a expertos, leer mucha bibliografía y **TAL VEZ** diseñar un protocolo que pretenda demostrar hipótesis previas. ¿Sirven los B bloqueantes? ¿diuréticos? ¿Bloqueantes cálcicos?

Seguramente no se utilicen antibióticos (perdón por el ejemplo ridículo), pero los mencionados anteriormente quizás estén en el escritorio porque su uso surge de la práctica empírica previa.

Por supuesto que a priori no sabemos nada. Podemos presumir basados en la práctica clínica previa.

Si hallamos que muchos pacientes tienen una dispersión del QT incrementada, no puedo saber que le dirá cada médico. Personalmente no le digo a ningún paciente en estas condiciones que se morirá súbitamente. Tampoco se lo digo a una que tenga TV no S. Pero lo controlo mensualmente. Lo discuto en ateneo. Pido opinión en el Foro.

Y si hay muchos que tengan la condición, será responsabilidad de quienes tengamos acceso a la información "macro" decirnos. ¿Habrà que hacer algo? Entonces a lo mejor nos asesoremos con expertos en investigación clínica que diseñen un protocolo "que genere evidencia"

Pero esa no es la intención inicial.

Reitero: la intención inicial es dar atención médica a personas que ignoraban que eran portadores de una condición patológica. Tal como cuando uno hace con personas a las que detecto colesterol alto

Ahora, respecto al paciente individual, si yo le encuentro disfunción endotelial y le indico estatinas, se me podrá criticar porque no hay evidencia cierta que ello sea efectivo. Totalmente de acuerdo.

Pero no se me podrá decir que es un disparate.

La evidencia surgirá de un protocolo que se plantee como hipótesis si las estatinas pueden ser útiles en la DE de los pacientes chagásicos.

Pero la hipótesis no se planteara usar anticonceptivos. Se planteara las estatinas, porque hay un saber empírico previo.

La "evidencia" no nace de un repollo.

Se basa en el saber acumulado previamente.

Llego hasta aqui porque me agoto y voy reponiendo con la hipótesis de cortar el salame en fetas. De a poquito

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Claudio

Ud tiene total libertad de expresarse, responder, preguntar, lo que Ud quiera. El foro es abierto y así lo ha diseñado el Mago Edgardo. No tenga dudas de utilizar todos los pixeles que necesite para explicar su postura.

La auscultación, Claudio, solo permite decir que el ritmo cardiaco es IRREGULAR, pero NO permite establecer el diagnostico de ARRITMIA. La documentación de la arritmia es el ELECTROCARDIOGRAMA. Este es un principio que NO acepta discusión. Si Ud lo pone en tela de juicio, pues entonces, tengo que declinar de continuar la conversación.

En su caso Ud NO ha podido demostrar que su paciente tenga alguna arritmia. Ud tiene el derecho a dudar, pero no le asiste el derecho a cambiar las secuencias entre examen físico y diagnóstico. ¿Me sigue?

Su paciente tiene serología para Chagas, examen físico normal y ECG NORMAL.

Con el criterio de "respuesta valedera" le propongo el siguiente estudio:

Ud se para con su asistente en la puerta del Hospital (o para disminuir el bias) a 3 cuadras, sobre Figueroa Alcorta. Ud, su asistente, un esfigomanómetro y un electrocardiógrafo.

A cada persona que pasa le pregunta:

¿Ud tiene algún síntoma?

A los que responden: NO lo pone a un lado, a los que dicen: SI les dice gracias y los deja seguir.

Ahora Claudio, Ud hace lo mismo que le hizo a su paciente a todos los que respondieron que no tuvieron síntomas.

Incluya: Inspección, palpación, percusión y auscultación. Luego Tome la presión acostado y sentado. Luego tómese un ECG.

¿Cuántos cree Ud Claudio que van a tener por lo menos 1 signo anormal? (ni le cuento si le hace un análisis de sangre).

¿Cuántos?

Si! dijo bien, 20% tendrán algún signo anormal.

A esos, ahora, hágales un Eco Doppler Tisular, una analítica de sangre y un Holter con medición de QT.

Seamos pesimistas. Se quedó con un total de 20% de por lo menos 1 signo anormal.

Ahora haga la siguiente cuenta, por jugar nomás:

Por esa Avenida, como había un festival de beneficencia, se juntaron 200.000, de las cuales la mitad dijeron NO a su pregunta.

Y ahora calcule lo mismo si Ud pudiera hacer pasar por esa avenida al resto de la población Argentina.

Mientras Ud hace eso, yo le sigo enseñando a mis estudiantes, el arte de contemplar. Arte exquisito y de difícil factura.

Adrián Baranchuk

Edgardo

No me cortes! Porque vas a cortar al salame!

Nooooooooooâ•œ..

En fin. Estás equivocado. Vos te crees que en Framingham dijeron: che, armemos la base de datos y después nos fijamos ¿a ver que dió???

El programa es fantástico. Único en su tipo. Revolucionario. Siempre lo he entendido.

Que bueno sería que sumaran a epidemiólogos de prestigio (que los hay excelentes en nuestro país) para que les ayuden a insertar un verdadero modelo científico al programa. Lo que vos pretendes hacer (primero un programa y luego ciencia con lo colectado) esta MAL. Y es un verdadero desperdicio.

Las preguntas vienen antes que las respuestas Edgardo. Es la base del proceso de investigación. Vos, con tu email cortado en fetitas, estas yendo al revés. Ojalá tenga yo éxito en hacerte dar cuenta de este magnénimo error. Error que no podrá ser enmendado de manera ulterior.

Por favor, en nombre de quien sea, sumen científicos al programa. Sumen epidemiólogos y estadistógrafos que ayuden a hacer un cálculo de la muestra.

¿Cuántos pacientes hay que tener para poder decir algo sobre algo?

Algo tan sencillo.

Adrián Baranchuk

Queridos amigos:

Debo decirles que Adriancito me ha hecho trabajar mucho, pero igualmente, como el tema me apasiona lo hago gustoso.

Veamos sus inquietudes

- 1. Si tiene disfunción diastólica asintomática. ¿Tiene indicación de BB o IECA? No lo se.*

Tampoco lo sabemos. ¿Cómo se genera el saber sobre esta pregunta sin respuesta?

Creo que desde una práctica clínica concreta basada en reflexiones fisiopatológicas, que todos sabemos pueden conducirnos a error, pero es el único amarre que hay y la ciencia se construye no linealmente sino a los saltos, con idas y vueltas. ¿Por que Adrian plantea estos dos géneros de drogas? ¿Por que no planteo anticuerpos monoclonales ni quinolonas? Porque aunque no esté dicho, su propuesta se basa en un saber previo, empírico seguramente, porque la evidencia no cae desde el cielo, sino hay que generarla ¿Quién se anota para el desafío?

- 1. He revisado el tratamiento farmacologico en Chagas y no lo dice (Ver Muratore Baranchuk Vasc Health Manag 2010). Lo poco que hay es pacientes con disfunción sistólica. Nada randomizado, todo extrapolado. Yo diria Nivel de Evidencia C.*

Tal vez el nivel de evidencia no sea C, sino D, pero eso hace más seductor al desafío. Ahora, ¿como pretende Adrian que haya "evidencias" cuando no estaba hecho el planteo?. Solo la observación clínica de la existencia de DD como un hallazgo precoz, cuando el ECG y la Rx aun son normales podría hacernos generar preguntas. ¿Es lo mismo tenerla que no tenerla? ¿Debemos contemplarla? ¿Cómo? ¿Cada cuánto tiempo? Ahora, ¿la DD en otras patologías, es motivo de cuidado o es simplemente un hallazgo inocente, como mi calvicie?

- 1. Que no haya motivos para NO hacerlo, no puedo aceptarlo como respuesta, lo siento. Siguiendo el mismo criterio NO hay contraindicaciones para darle Vip Vaporu.*

Con todo respeto, no es lo mismo plantearse darle BB o diuréticos -porque han sido usados en otras condiciones donde se detecta DD-, que el Vip Vaporu o caramelos Milka.

Yo creo que hay una exasperación del uso del concepto de "evidencia". Pregunto, ¿qué "evidencia" (entendida a lo Sacket) hubo cuando se comenzó a usar la vacuna Sabin o la insulina?

- 1. Disfunción endotelial: como Edgardo acepta, nivel de Evidencia C. Su posición puede estar respaldada por su experiencia, que es mucha, pero no por la literatura. Como sabemos, la mejor es la combinación de ambas (Experiencia-Evidencia). En este caso: Evidencia 0.*

¡Gracias, Adriancito por atribuirme Experiencia! Pero me preocupa la posición que asumís frente a la generación del conocimiento, de evidencias. Pareciera que si exigiera un metaanálisis de 20.000 casos, estarías tranquilo. Pero la pregunta de rigor es ¿quién generó el metaanálisis? ¿Otros? ¿por qué no uno mismo?

¿Les parece razonable indicar una estatina en pacientes con disfunción endotelial o es un disparate?

Nosotros (me refiero a TODOS NOSOTROS), ¿podemos generar evidencias? ¿Y como generarla si no es a partir de la práctica clínica? De haber hecho decenas o centenas de perfusiones con test del frio y haber observado su reversión post uso de estatinas

- 1. Si hay microaneurismas que el Eco no puede determinar, siguiendo tu linea de pensamiento Edgardo, HABRIA que hacerle una RNM. Sino, estarías aceptando una incoherencia de estudiar a medias una paciente asintomática. Como YO no la estudiaría, entonces NO sabría si los tiene o no. Pero si VOS la estudias, entonces tenés que ser concluyente: ¿tiene o no tiene? Por lo tanto, podríamos decir que*

todo paciente chagásico asintomático sin evidencia de cardiopatía estructural, necesita una RNM. Ayayayayayayayay!!!!!!!!!!!!!!!

¿Cual seria el problema? ¿el costo? Si la situación es muy prevalente. como de hecho lo es, tal vez HAYA QUE HACER RESONANCIAS a todo portador de serología reactiva, tal como se indica un CDI que es muy caro a todo paciente post FV. Claro, aquí hay "evidencias" y en el caso de los microaneurismas, no.

Entonces hay que generar la evidencia. y demostrar que finalmente es (hipotéticamente) costo/efectivo realizar RNM porque se evitan strokes, arritmias ventriculares y MS que son mucho mas costosos para el sistema de salud ya que producen grandes gastos, hospitalizaciones, muertes y pensiones por pacientes jóvenes que se mueren a los 40 años de vida

1. Agregación vs anticoagulación: Evidencia C (o sea nula). Seguiré los consejos de Edgardo, porque sobre eso no hay nada.

Adriancito: como cardiólogo avezado que sos te pregunto: ¿qué harías vos frente al hallazgo de un microaneurisma?

Los microaneurismas se asocian con stroke, MS, arritmias ventriculares. No hay evidencias

¿Nada, antiagregantes o anticoagulanetes?

1. Disfunción autonómica asintomática: aquí– Edgardo acepta que es difícil (menos mal!!!!). Lo que seguro NO haría Edgardo (experiencia personal) es darle BB. ¿Por qué? Porque la disautonomía del Chagas puede ser exacerbada por el uso de BB y ni que hablar de la disfunción sinusal que acompaña a un 30% de estos pacientes. La disautonomía del Chagas es DIFERENTE del paciente isquémico (como bien nos recordás en tu email previo).

¡GENIAL!! Entonces, ¿que sugerís? ¿que esperemos la evidencia?

Un abrazo

Edgardo Schapachnik

Querido Amigo

Este es un muy buen email. Super bien articulado.

Solo, al final de este hermoso camino de idas y vueltas que hemos tejido alrededor del caso de Claudio, me queda una discrepancia contigo:

La EVIDENCIA no se puede generar con la práctica clínica. Y no es válido el ejemplo de la Insulina que PRECEDE en el tiempo al desarrollo de la medicina basada en la evidencia...

La generación de evidencia es lo que se conoce actualmente como proceso científico de investigación. Y no voy a aburrir a la audiencia con esto. Pero fijate cual es el primer punto del proceso científico de investigación:

Generación de la pregunta investigativa (*research question*)!

Solo aprender a postular la pregunta científica, en el *Research Health Methodology Course* (semestre) de McMaster University (una de las cunas de la medicina basada en la evidencia), decia, solo aprender a postular la pregunta lleva 4 sesiones.

Así se hace investigación en el siglo XXI.

Por lo tanto y resumiendo: si querés generar evidencia (por ejemplo: ¿hay que anticoagular a los microaneurismas chagásicos en pacientes asintomaticos?), tenés una hermosa oportunidad con el brillante programa que van a comenzar.

Pero primero, un grupo con experiencia en esto, debe sentarse y hacerse todas las preguntas posibles, para que la info que se recaude sea útil. Ojalá así se haga.

SALud

Adrián Baranchuk

Querido Adriancito:

Primero pido disculpas a los colegas ya que gentilmente nos han dejado espacio para que nos explayemos sobre temas ajenos directamente a las ARRITMIAS.

Segundo decirte que como siempre es un gusto y un lujo intercambiar puntos de vista con vos, que aunque vos lo niegues con humildad, sos un verdadero Maestro, como tantas veces lo expresó Andrés.

Y después de las flores vamos al grano.

Quiero expresarte que no estoy de acuerdo con vos en la siguiente afirmación:

La auscultación, Claudio, solo permite decir que el ritmo cardiaco es IRREGULAR, pero NO permite establecer el diagnostico de ARRITMIA. La documentación de la arritmia es el ELECTROCARDIOGRAMA. Este es un principio que NO acepta discusion. Si Ud lo pone en tela de juicio, pues entonces, tengo que declinar de continuar la conversacion.

Mi desacuerdo es doble; por un lado con el concepto propiamente dicho y por el otro porque expresa cierta onnipotencia respecto del Otro que expresa un pensamiento distinto del propio

En cuanto al concepto,, ¿acaso la auscultación no permite hacer el diagnóstico de fibrilación auricular, por ejemplo? Claro, la irregularidad característica podría corresponder a una extrasistolia polifocal muy frecuente, pero con la sola inspección detenida del cuello podría llegarse al diagnóstico, aún sin ECG.

Genialidades de las que estamos a años luz pudieron solo con el pulso (es cierto, no con la auscultación propiamente dicha) en 1899 antes del invento de Eithoven, describir el fenómeno que primero se llamo "periodos de Luciani" y que hoy conocemos con el nombre de su genial descubridor. Todos sabemos que me estoy refiriendo a Karel Frederick Wenckebach.

Y ahora paso al tema que estamos discutiendo.

Una vez más pienso que no logro explicarte bien, aunque vos me disculpes y digas que me entendés.

Vos hablas de la EVIDENCIA en tanto producto del procesos de investigación, hacés referencia que mi ejemplo de la insulina no es válido por ser anterior a la escuela de Mc Master.

Y yo vuelvo a decirte que el nuestro no es un proceso de investigación.

Es un programa de atención médica. Lo mismo que un programa de vacunación, o de prevención de la gripe.

No se plantea objetivos de investigación.

Yo no planteo que la "evidencia se genere CON la práctica clinica", sino **DESDE**.

No es una diferencia semántica.

Es una diferencia conceptual.

Decir CON presupone que solo CON asistir pacientes voy a llegar a la realidad científica

En cambio decir **DESDE** implica reconocer que es imposible sacar conclusiones, llegar a la evidencia POR FUERA del proceso de la práctica clínica, de la atención uno a uno de cada uno de nuestros pacientes.

Nosotros no tenemos ninguna "*research question*" porque no vamos a los consultorios a "investigar" nada excepto el estado de salud de cada uno de los pacientes que detectemos en el *screening* serológico.

Efectivamente, al cabo de un tiempo tendremos información.

Por ejemplo podremos decir, en 1000 pacientes hemos detectado X pacientes con microaneurismas. De ellos habrá N que tienen ECG y Rx normales.

Bueno, ahí si tal vez cuadre que nos hagamos una "pregunta de investigación", convoquemos expertos y entre todos diseñemos un protocolo de investigación, por ejemplo para responder si anticoagular o antiagregar.

Pero mientras tanto, ¿que hago con el señor Gumersindo Abregu (nombre figurado)? ¿Nada, aspirina, clopidogrel, heparina, acenocumarol, etc.? ¿Espero que llegue la evidencia?

La discusión está planteada.

Creo que son dos puntos de vista distintos de como entender el ejercicio de nuestra profesión en la segunda década del siglo XXI

Un abrazo grande

Edgardo Schapachnik

Estimado Adrián

Me obligás a responderte, asumís el papel de mi profesor y no de un par, no importa.

En ningún momento puse en dudas el ECG como elemento diagnóstico. ¿Cómo podría? Tampoco desecho el examen físico, es propio de la semiología ¿no es así?, quizás no me entendiste, el examen físico demostró un patrón fijo de arritmia que no que no tenía relación con la inspiración y la espiración. Hasta ahí es válido el exámen físico, ¿si o no? ¿El examen físico te da derecho a pensar sí o no?

En el ECG compruebo la irregularidad fija de los RR y es más si te fijás desaparecen con la inspiración espiración. Me pregunto, y no me respondas con ironías, si esa variabilidad fija que no tiene relación con la respiración es normal o no. Eso simplemente.

Me lo voy a seguir preguntado y veremos que pasa en el próximo. ECG. No soy cabeza dura ni necio, y tampoco tengo derecho a que se me de una clase como un desinformado o un alumno de primer año de medicina, tengo derecho a dudar y doy la razón a quien la tenga. Siempre lo hice. Por ahora dame el derecho de seguir dudando. Vos decís que el ECG es normal, bien cuando yo me convenza, lo reconoceré.

Con buena onda, saludos,

Claudio Goldini

Querido Claudio

No entendi nada su email.

Yo tengo una sola manera de hablar, con Ud y con mis estudiantes. Mi respeto por Ud es mayúsculo.

Si no le gusta mi manera de hablar, lo siento mucho, no pienso cambiarla.

Ese tópico, o sea, mi manera de decir, no tiene nada que ver con esto que es puramente una discusión científica.

Ud tiene sus áreas de conocimiento y yo las mías, y si nos podemos potenciar mucho mejor. Pero si Ud lo toma de manera personal (me refiero a mi desacuerdo con sus apreciaciones), me retiro de esta discusión.

Yo pensé que estaba ayudándolo a pensar diferente, pero si lo ofendí me disculpo.

Un abrazo
Adrián Baranchuk

Ps: el ejemplo que le he puesto en el email anterior es tan bueno, que me lo he robado a mi mismo para explicar este fenómeno de inversión de secuencia de investigación en mis cursos (guárdelo, y cuando se le pase el enojo, vera que lindo es!!!!)

AB

Estimado Adrián

No estoy enojado ni mucho menos, ni hay de que disculparse, ambos decimos lo que pensamos, a veces siento que lo contestás o escribís es lo que vale, no importa quizás también estoy queriendo que pienses diferente a pesar de toda tu experiencia. La medicina es una ciencia y también un arte. Sigamos en la diversidad. Sigamos la polémica que es muy buena. Los aportes de Edgardo también me parecen muy buenos. Muchos pacientes similares cuyo enfoque parece sencillo, de pronto nos asombra cuántos puntos de vista despiertan. Por ahí concluimos en que responderles y poder cerrar el caso, con el compromiso de conocer su evolución.

Abrazo
Claudio Goldini

