

## El Cardiólogo Brasileño en Formación: Directriz y Libertad

Max Grinberg

Instituto do Coração (InCor) del Hospital de Clínicas - Facultad de Medicina - Universidad de São Paulo, São Paulo, SP - Brasil

"[...] por conciencia y principios morales, somos libres y por tanto responsables, pero nos orientamos en conformidad al principio de la causalidad [...]"

Hanna Arendt

El cardiólogo brasileño en formación, el residente, por ejemplo, se orienta con la literatura médica por medio de una biblioteca de legitimidades, jerarquizadas por sociedades de especialidad, conocidas como directrices. Ellas representan maquetas de la construcción clínica a la cabecera del paciente, que la tecnología de la información dispone como se fueran franquías que, a su vez, se pueden reproducir en cada local. Dichas directrices pretenden disminuir los sesgos enigmáticos e influyen las costumbres de una generación.

Rápidamente, la directriz avanzó desde la condición de documento tolerado hacia el estado de una conveniencia de sistematización de factores previsibles: *haga, no haga, se debe hacer probablemente, no se debe hacer probablemente*<sup>1</sup>.

Al ser lo *haga, no haga* una guía de "verdades" y no una normativa de "certidumbres", su aplicación no puede prescindir de la lucidez clínica cuyas libertad y responsabilidad sirven para evitar las desfiguraciones del carácter humano de dichas recomendaciones.

Ponderar sobre un decálogo en los moldes de la bioética parece ser útil al cardiólogo brasileño en formación, tanto para maximizar ventajas de la directriz en la toma de decisión clínica y en su proceso educacional, como para minimizar las deficiencias en el trato del paciente-único y de la literatura-infinita.

1) Los buenos principios y los reconocidos beneficios de directrices justifican la creciente expectativa por disponibilidades, pero no califican lo *haga, no haga*, ni como el décimo primer mandamiento de fe, ni como la llave maestra de la cabecera del paciente. La rigidez de presuposiciones o señales que apuntan a un predador del juicio clínico no suelen ser bienvenidos a la esencia individualista del médico, que valora el espacio de la experiencia.

La conciencia de que el provecho de la memoria de la literatura adviene de la conexión con el mundo real de la cabecera del paciente es lo que convierte la flexibilidad en un

### Palabras clave

Cuerpo clínico hospitalario, formación de recursos humanos, guía de práctica médica, libertad.

Correspondencia: Max Grinberg •

Rua Manoel Antonio Pinto, 4 / 21A – Paraisópolis - 05663-020, São Paulo SP - Brasil

E-mail: grinberg@incor.usp.br, max@cardiol.br

Artículo recibido el 19/08/08; revisado recibido el 11/09/08;

aceptado el 11/09/08.

atributo vital de lo *haga, no haga*. Se privilegia el proceso de lo *haga, no haga* en detrimento del resultado a cualquier precio.

2) Como se fuera un "agente de traslación", la sociedad de especialidad pega etiquetas de clases y niveles con cola científico-ético-legal en un porcentaje aún restringido de intereses de la cardiología, y con minoría del nivel A de precisión científica.

Por ello, cuando de la mayoría de los momentos de toma de decisiones, el cardiólogo brasileño en formación se siente liberado de lo *haga, no haga* de la directriz. Exento del impacto sobre la libertad interior –condición ésta que puede advenir de la dimensión política de la sociedad de especialidad que, a su vez, está apegada al paradigma de la medicina basada en evidencias–, el cardiólogo brasileño en formación hasta puede, aun de manera paradójica, sentirse un poco desamparado a causa de la ausencia de lo *haga dicha prescripción* –ello porque prevé mejor pronóstico inmediato y tardío–, y de lo *no haga*, aunque éste es inútil e ineficaz. La directriz despierta simpatía por el imperativo.

Crece, de igual manera, el referido impacto sobre la calidad personal del acto de ser médico, ya en el primer nivel del *trial-guideline-education process*<sup>2</sup>. Es el efecto bumerán: alguien supo plantear la pregunta a un protocolo de investigación multicéntrico; y el cardiólogo brasileño en formación debe reflexionar si se debe *hacer o no hacer* la "respuesta-conocimiento nuevo", ciertamente etiqueta nivel A y oportunidad de clase I/IIA, si hay incorporación a la directriz.

3) Practicidad, agilidad, uniformidad en el uso de la directriz además del poco tiempo disponible desincentivan el detalle mismo, en cada artículo, en cada libro. Se borran las ganas por una lectura crítica acerca de lo comentado o lo referido, lo que ya fue aclarado anteriormente por el comité al que se otorgó un poder tácito.

Al paciente desprovisto de los fundamentos, hay un riesgo en el "hacer correcto": reducir el acto de ser médico a un acto algorítmico de *hacer o no hacer*. Además, para que no se demuestre desconocimiento o inercia, existe la posibilidad de resbalarse hacia la imprudencia de un uso desajustado a aquel paciente-único.

Sentirse libre de imposiciones internas y externas es salvaguardia endosada por la bioética para que se tome la mejor decisión descontaminada de eventuales componentes de decisión forzada, conveniente para el médico, emocional o lucrativa<sup>3</sup>.

4) Exclusiones por la concepción pragmática, matemática y ética de las investigaciones<sup>4,5</sup> explican por qué no basta sólo conectar el GPS-directriz y seguir la selección de clases y niveles. Es necesario libertad para que sus propios cálculos se ajusten a la directriz-satélite de la sociedad de especialidad, a las señales captadas del paciente-único.

5) La directriz es un documento vivo en que se puede tener

una amplia regulación de la autoridad profesional y nivelación de quien tiene experiencia o no.

La posibilidad de parecer una “coerción por una autoridad” provoca un efecto teflon<sup>6</sup> en la adherencia universal a las directrices<sup>7,8</sup> e, inevitablemente, nos hace recordar el libro *1984* de George Orwell (1903-1950)<sup>9</sup>.

La verdad, sin embargo, es que el proyecto de la directriz jamás consiguió llegar próximo de representar la *telepantalla*, neolengua o policía del pensamiento, a la semejanza de lo narrado en *1984*<sup>9</sup>. Hasta los propósitos de costo-efectividad y auditoría que podrían servir a otros intereses que no los intereses de los pacientes, están hacia años-luz de un sentido de invasión de privacidad.

El alerta es, sin embargo, siempre válido: nada de Gran Hermano (*Big Brother*), ¡Es Hipócrates el vigilante!

6) La directriz es un documento otorgado a la autoridad de la sociedad de especialidad y a la calificación de personas seleccionadas de nuestra “familia adoptiva” de especialistas. Cada opinión sobre los datos y hechos publicados puede parecer unívoca, pero el consenso sobre *mejor o no-mejor evidencia* puede ser sólo parcial en una decisión por votación.

La sociedad de especialidad no es el Ministerio de la Verdad del libro *1984* que reescribe el pasado; aunque, como dice la directriz ACC/AHA<sup>10</sup> en su introducción, “[...] equívocos e incoherencias de la publicación original se corrijan en la medida del posible [...]”. Se mantiene la información, se recrea el conocimiento, licencia de la ciencia, obra de la metaanálisis.

No mejores evidencias, persisten, obviamente, buena publicación –y cita–, pasibles de una segunda opinión y de jamás se rotularen como no-evidencia o ironizadas como evidencia. En la ciencia de la incertidumbre y arte de la probabilidad, un método disminuido por el  $p < 0,001$  puede sobresalir en el mundo real de la cabecera del paciente ante no-beneficiarios de la mayor oportunidad estadística de éxito.

7) El cardiólogo brasileño en formación escucha dos tonos de aprendizaje de lo *haga, no haga*, implicando la directriz: el tono pater en el anfiteatro y el tono frater a la cabecera del paciente.

El tono pater es la voz educativo-ético-legal que opera “patriotismo” y “paternalismo-algo padrastró” en foros científicos.

El “patriotismo” hace analogía al nuestro dístico *Orden y Progreso*, expresión de creencia en el desarrollo impuesto

desde arriba hacia abajo y en el menor valor de una ordenación espontánea. Críticas no faltan al positivismo. El “paternalismo-algo padrastró” revela el poder político de la sociedad de especialidad para centralizar la elaboración de directrices. Requiere reflexiones culturales, científicas y geográficas.

El tono-pater resuena a las fronteras de la excelencia tecnocientífica con una no-libertad teórica en el trato de la ciencia-directriz y de la ciencia-protocolo de investigación multicéntrica.

El tono-pater de líderes de opinión con o sin conflictos de intereses y un fuerte efecto de grupo pueden crear un espacio de poca atracción para que otros expresen su experiencia personal.

8) Ya el tono-frater de la cabecera del paciente enseña que la práctica de la cardiología a la cabecera del paciente no es exactamente una “política de gobierno”.

Aprender la inflexión adecuada del tono-frater en la “conversación” con cada necesidad del cotidiano se beneficia de la libertad práctica para ajustar los significados de estado del arte, directriz y resultado de acrónimos multicéntricos al paciente-único.

9) *Mantener activo en si un diálogo entre el tono-pater del anfiteatro y el tono-frater de la cabecera del paciente es consejo útil al cardiólogo brasileño en formación, con inspiración en la bioética.*

10) Está claro que la cabecera del paciente convive con la imposibilidad de una perfecta libertad para elegir el conocimiento científico a la cabecera del paciente, independiente de los anhelos humanos del paciente-único.

Ciencia con humanización se destaca como fundamento para que el cardiólogo brasileño en formación se comprometa y llegue a a la cabecera del paciente con las manos libres de una directriz-esposa. Con ellas libres, el profesional puede empuñar la directriz-brújula, a la vez que puede apuntar rumbos por visión directa. De este modo el cardiólogo sigue hacia la soberanía de la especialidad clínica, libre de presiones para acomodar al paciente en la directriz, caminando como ser médico, lado a lado con las tensiones y los valores de la sociedad compatriota.

Ese recorrido imprime su impresión digital en el benéfico y no-maléfico, apartándolo de cualquier posibilidad de neolengua reduccionista, y contradice la suposición de crimal<sup>9</sup> en cualquier desobediencia a las directrices.

## Referencias

1. Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, et al. GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2004; 328: 1490-4.
2. Fye WB. The power of clinical trials and guidelines, and the challenge of conflicts of interest. *J Am Coll Cardiol*. 2003; 41: 1237-42.
3. Cronje R, Fullan A. Evidence-based medicine: toward a new definition of “rational” medicine. *Health*. 2003; 7: 353-69.
4. Gross CP, Mallory R, Heiat A, Krumholz HM. Reporting the recruitment process in clinical trials: who are these patients and how did they get there? *Ann Intern Med*. 2002; 137: 10-6.
5. Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions. *N Engl J Med*. 2004; 351: 2870-4.
6. Grinberg M. O efeito teflon e o copy-paste na prevenção. *Diagn Tratamento*. 2007; 12: 189-91.
7. Graham IM, Stewart M, Hertog MGL. Factors impeding the implantation of cardiovascular prevention guidelines: findings from a survey conducted by the European Society of Cardiology. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2006; 13: 839-45.
8. Metha NB. The doctors’ challenge: how can we follow guidelines better? *Clev Clin J Med*. 2004; 71: 81-5.
9. Orwell G. *1984* de George Orwell. London: Seckor and Warburg; 1949.
10. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, de Leon Jr A, Faxon D, Freed M, et al. ACC/AHA 2006 guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol*. 2006; 48: e1-148.