



Revista argentina de cardiología

ISSN: 1850-3748

Sociedad Argentina de Cardiología

BASTARRICA, MARÍA ELENA

Médico como sinónimo de máquina, no de equilibrio

Revista argentina de cardiología, vol. 88, núm. 2, 2020, Marzo-Abril, pp. 174-175

Sociedad Argentina de Cardiología

DOI: <https://doi.org/10.7775/rac.es.v88.i2.17583>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=305366158020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org
UAEM

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

métodos aumentaban los costos, muchas veces eran de difícil acceso y requerían de médicos entrenados. Pero a partir de 2015 se dispone de aparatos como el USCOM® y NICOM®, que permiten medir de forma no invasiva, automatizada y por un operador sin mayor entrenamiento el gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica (RVS) materna en cada latido, con la simple aproximación de un transductor al hueco supraesternal y al tórax. Estos métodos, que ya se empezaron a utilizar en la práctica diaria para la medición de la hemodinamia materna, sobre todo en los países desarrollados, han sido validados y demostraron que el aumento persistente de la RVS medida en el segundo trimestre del embarazo es un factor predictivo independiente con alta sensibilidad y especificidad. (2-3)

En el artículo publicado en el número anterior de la *Revista Argentina de Cardiología*, “Preeclampsia is Preceded by Abnormalities in Cardiovascular Function”, de Páez et al. (4), se da cuenta de las mediciones efectuadas en 260 pacientes primíparas durante el segundo trimestre del embarazo y al año de este. En dicho estudio se midió el índice cardíaco, la RVS y la velocidad de onda de pulso (VOP) por métodos tradicionales como la ecocardiografía Doppler color y la cardiografía por impedancia. De acuerdo a los resultados, las pacientes fueron divididas en tres grupos: normotensas, con preeclampsia o con hipertensión gestacional. Si bien la mayoría de los THE que se presentaron en las pacientes fueron tardíos (pasadas las 34 semanas de gestación), lo que impidió comparar los patrones hemodinámicos del THE precoz con el THE tardío, los resultados mostraron que, a las 22 semanas de edad gestacional, y, en menor medida, al año del parto, las pacientes con THE tuvieron mayor presión arterial, RVS y VOP y menor índice cardíaco y frecuencia cardíaca comparadas con las pacientes normotensas. Esta diferencia fue más acentuada en el grupo con preeclampsia que en el grupo con hipertensión gestacional. Estos resultados coinciden con lo que informan la mayoría de los trabajos publicados sobre este tema, respecto del valor predictivo que tienen los cambios hemodinámicos maternos en el segundo trimestre y en su persistencia al año como marcadores alejados de daño endotelial. (5) Si bien las alteraciones hemodinámicas persistentes y alejadas en el tiempo se evidencian en la preeclampsia precoz y en los THE sucesivos en distintos embarazos, no son frecuentes en la preeclampsia tardía en primíparas, como lo fue, en su mayoría, esta población.

Recientemente, McLaughlin et al. (6) concluyeron que la medición de biomarcadores sumada a la de la RVS representaría la opción con mejor valor predictivo, con la ventaja de adelantarse en un mes a la aparición de los signos y síntomas que definen los THE.

Esto también nos hace repensar si se podría iniciar algún tratamiento antes de la aparición de los síntomas, y si los tratamientos utilizados actualmente, sobre todo los de primera elección, los beta bloqueantes, como el labetalol, según las guías ACOG, NICE, y ESC no

adoptados por la hemodinamia de la paciente, siguen siendo adecuados, o deberíamos guiarnos según los parámetros de aquella, como sugieren algunos autores. Pero todavía la evidencia es insuficiente y la cantidad de drogas antihipertensivas permitidas en el embarazo es limitada, por lo cual, el próximo desafío sería avanzar en estos temas.

BIBLIOGRAFIA

1. Thadhani R, Mutter WP, Wolf M, Levine RJ, Taylor RN, Sukhatme VP, et al. First trimester placental growth factor and soluble fms-like tyrosine kinase 1 and risk for preeclampsia. *J Clin Endocrinol Metab* 2004;89:770-5.
2. Vinayagam D, Patey O, Thilaganathan B, Khalil A. Cardiac output assessment in pregnancy: comparison of two automated monitors with echocardiography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2017;49:32-38. <https://doi.org/10.1002/uog.15915>.
3. Khalil A. Maternal systemic circulation in normotensive pregnancies and those complicated by preeclampsia. *Pregnancy Hypertens* 2015;5:11. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2014.10.026>
4. Paez OB, Puleo PA, Visser M, Mazzeo S, Antelo L, Alderete JR, et al. Preeclampsia is Preceded by Abnormalities in Cardiovascular Function. *Rev Argent Cardiol* 2020;88:52-6. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.v88.i1.17192>
5. Thilaganathan B, Kalafat E. Cardiovascular System in Preeclampsia and Beyond. *Hypertension* 2019;73:522-31. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11191>
6. McLaughlin K, Zhang J, Lye SJ, Parker JD, Kingdom JC. Phenotypes of pregnant women who subsequently develop hypertension in pregnancy. *J Am Heart Assoc* 2018;7: e009595. <https://doi.org/10.1161/JAHA.118.009595>

Ana M. Escobar, Marcela C. Cabo Fustaret

Servicio de Cardiología, Sección de Cardiología Obstétrica,
Hospital Alemán, Buenos Aires
E-mail: escobaranamaria@gmail.com

REV ARGENT CARDIOL 2020;88:173-174. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i2.17586>

Médico como sinónimo de máquina, no de equilibrio

El mundo ha perdido el equilibrio y la armonía. En el siglo XXI, todo se justifica con la globalización, la era de la tecnología y todos sus avances, pero la verdad es que el mundo ha perdido al ser humano como ser, su integridad y su esencia. Al ser humano que mantiene su equilibrio entre el cuerpo, la mente y el alma, lo que le permite relacionarse con el universo mismo. El artículo titulado “Maltrato en la formación médica: situación en la residencia de cardiología”, de Galli y colaboradores, (1) deja en claro el resultado de creer en un método violento para generar profesionales idóneos.

Lamentablemente, la violencia genera más violencia, y disciplina no es sinónimo de maltrato. Los médicos en la residencia son vistos como estudiantes, aprendices, y no como profesionales; pero lo más triste es que no se los considera humanos, no se pueden equivocar. Son máquinas que resuelven problemas, que trabajan horas interminables y que no se ocupan del

paciente como un ser que debe restablecer una armonía perdida. Claramente, si a ellos no se los trata en un equilibrio, ¿cómo vamos a esperar que los médicos puedan ver a sus pacientes de manera íntegra?

Se los forma para arreglar cuerpos, no para sanar almas. Como bien se menciona en el artículo, reproduciendo palabras de Albert Bandura, “[...] la mayor parte de la conducta humana se aprende por observación mediante modelado. Observando a los demás formamos las reglas de conducta, y esta información codificada sirve en situaciones futuras de guías para la acción”. La medicina perdió su acto antropológico; las reglas de conducta aprendidas son las de un trabajo que debe cumplirse, y, si no es así, será castigado, humillado, intimidado. La única forma de éxito parece ser es el verticalismo para llegar a la cima, como en las escalas empresariales. No se le enseña al médico a escuchar al paciente, a entenderlo, a acompañarlo, a comprender que sus dolencias son la manifestación de un marco de preocupaciones o situaciones en las que no para de pensar. Paradójico, ya que es la misma situación que vive el médico en su residencia. El artículo hace mención de diferentes estudios en el mundo que han demostrado la clara relación entre el maltrato físico y psicológico recibido por médicos residentes y la presentación de *burnout*, incluido en la nueva Clasificación

Internacional de Enfermedades (CIE-11), además de depresión y ansiedad. En el marco de la psicología, la manifestación de enfermedades comienza en una acción tan simple como lo que no se expresa con el habla, la escucha y la contención. La mente lo hace síntoma y el alma lo padece. Vivimos en un mundo que se rige por el maltrato de todos sus seres, naturaleza, animales y humanos, en un marco donde se ha perdido el respeto, la ética y la moral. Es tiempo de modificar esa realidad, desde el lugar que cada uno pueda. Sería importante que se desarrollaran programas específicos de formación para restituir el equilibrio y los valores perdidos. Los médicos no somos máquinas, no estamos para reparar cuerpos, sino para sanar almas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Galli A, Gimeno G, Lobianco MD, Swieszkowski S, Grancelli H, Kazelian L, et al. Maltrato en la formación médica: situación en las residencias de cardiología. Rev Argent Cardiol 2020;88:48-54. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i1.15783>

María Elena Bastarrica
Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

REV ARGENT CARDIOL 2020;88:174-175. <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v88.i2.17583>