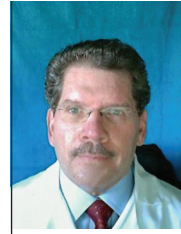


El médico, el mejor placebo para la recuperación del paciente



**Iván Figueroa Otero, MD,
FACS, FAAMA**

Cirugía Pediátrica

Acupuntura Médica, Medicina
Tradicional China, Medicina
Anti-envejecimiento.

Oficinas Médicas del
Hospital San Jorge

787-728-6032
ifiguero@prtc.net

Para entender adecuadamente el mensaje de este artículo, debemos definir primero el concepto de placebo.

Placebo, del latín *placēre*, que significa dar placer; se utiliza como sustantivo, para referirse a cualquier sustancia o acto que carece de acción terapéutica por sí misma, pero que, de todas formas, produce un efecto curativo en el paciente.

Efecto placebo y efecto nocebo

Cuando se obtiene un efecto curativo sin poder documentarse científicamente cómo se origina este efecto, la ciencia moderna dice derogatoriamente que es un “efecto placebo”. Es interesante observar que el efecto placebo en estudios científicamente controlados, en muchas ocasiones, ha tenido una acción curativa igual o mejor que la sustancia farmacológica original y, aún más, en algunos casos ha ocasionado un efecto nocivo similar al del fármaco, llamado el “efecto nocebo”. Estos efectos han tratado de achacarse a la liberación de sustancias cerebrales que generan bienestar y analgesia, pero esto no explica todos los efectos curativos documentados en las diferentes condiciones clínicas en la medicina.

Un ejemplo, bastante controversial, documentado en la década de 1950, se dio en una serie de pacientes que, supuestamente, se operó de angina de pecho. En realidad, a la mitad de ellos solo se les practicó una incisión en la piel del pecho sin penetración y, paradójicamente, muchos tuvieron iguales o mejores resultados que aquellos a quienes se les practicó la cirugía real.

Aunque se ha hecho un sinnúmero de estudios para elucidar este fenómeno, no hay una clara explicación para el mismo y la comunidad científica no ha demostrado mucho interés en estudiarlo. La única utilidad del efecto placebo para la ciencia es para comparar la efectividad del fármaco versus el producto placebo como criterio para la aprobación del uso del medicamento en los pacientes.

Una de las metas de todo estudio clínico es eliminar el componente subjetivo de la acción del acto terapéutico de parte del médico y del paciente, pero como verán, esto es mucho pedir para esta interacción, ya que ninguno de los dos son máquinas insensibles. No importa cuántos estudios se lleven a cabo, ninguno ha podido demostrar las razones por la tan compleja respuesta del efecto placebo, que en ocasiones ha revertido síntomas de enfermedades muy complejas, por no decir incurables.

¿Qué hemos averiguado sobre este efecto?

Parece ser que los siguientes factores influyen en su efectividad:

1. La experiencia del enfermo y las expectativas aprendidas en el pasado.

Por ejemplo, esta dependerá de qué acción terapéutica se considera más eficaz en su comunidad. Para la civilización occidental, el uso de fármacos y la cirugía es lo más aceptado, pero en el Oriente el uso de medicamentos herbales, de manipulación nutricional y de acupuntura podría ser más influyente. En estudios se ha documentado que el costo, la complejidad y la acción física invasiva del procedimiento influyen en la intensidad del efecto placebo, como ocurrió en el caso citado previamente.

2. El estado mental y emocional del paciente.

Un paciente con un estado emocional estable y una personalidad estable responde más efectivamente que uno en un estado depresivo.

3. La Espiritualidad: parte integral de la vida.

Más adelante, discutiremos la influencia de la Fe en el efecto placebo.

4. La Influencia del médico.

La influencia del médico en la acción del placebo está relacionada con la reputación profesional y grado de especialidad, la capacidad de potenciar la confianza en él por medio de la seguridad que le brinda al paciente en el diagnóstico, en los efectos beneficiosos del medicamento o en el tratamiento y la capacidad de recuperación. El efecto de la bata blanca en la mente del paciente y los olores de la oficina del médico son conocidos por crear un ambiente terapéutico apropiado. Demostrar un genuino interés en el paciente, especialmente estableciendo contactos visuales (sonrisa, aprobación) y gestos físicos táctiles, tanto al momento del examen como en el saludo, potencian el efecto.

Resumiendo, un trato muy cortés, cariñoso y empático es la mejor manera de potenciar un efecto placebo en nuestros pacientes. Entonces, ¿por qué no aprovechar siempre esto los médicos para potenciar el efecto de sus terapias, ya que ellos son el mejor placebo para la recuperación del paciente?

Las reacciones en la mente


El denominador común de todo lo anteriormente mencionado sugiere que el efecto placebo es iniciado por el organismo por medio de la mente y que, como afirmamos previamente, la expectativa y la confianza en lo que se veía como un acto terapéutico desencadenan una serie de reacciones complejas que resultan en un efecto curativo real.

El hecho de que la ciencia no haya podido comprobar su efectividad no le quita la realidad de su existencia y no debe ser menoscabado en la práctica de la medicina moderna. Del fenómeno real del gran potencial de recuperación que el paciente puede brindar a la relación terapéutica médico-paciente, nace la necesidad de que este tome más responsabilidad en la prevención y el mantenimiento de su salud. Es en este contexto donde el médico se convierte en un facilitador y educador.

La Fe, lo concreto y lo que no vemos

Esta confianza en el médico, la terapéutica y el medicamento es un tipo de Fe muy parecida a la referida en los libros de todas las religiones y por la cual se han documentado un sinnúmero de curaciones no esperadas.

En mi propia manera de ver este fenómeno (la Fe), lo achaco a una reconexión o comunión entre todos los componentes del ser, que son el cuerpo, la mente-emoción y el espíritu.

El problema es que la ciencia no ha podido localizar ni definir claramente la naturaleza de la mente y, aún menos, la del espíritu, porque no tiene los instrumentos para estudiarla o verla. Pero si afirmamos que no existe porque no la vemos, tendríamos que negar la existencia de más de un 90% del universo, porque al igual que el viento, los gases, las irradiaciones electromagnéticas y los componentes más fundamentales de la materia (las partículas subatómicas), también nos es invisible. 

Genética cardiovascular: El nuevo estilo en Medicina



**Juan M. Aranda MD,
FACC, FACP**

Especialista en Cardiología
Profesor Clínico de Medicina,
Escuela de Medicina UPR

Los seres humanos tenemos 24 cromosomas: 23 autosomas y uno que determina el género. Cada cromosoma está formado por una cadena doble de DNA en espiral, compuesta por nucleótidos de dos tipos, con base de purina y pirimidina. Cada cromosoma tiene cientos de genes, que transmiten las características físicas, fisiológicas y metabólicas de los cromosomas del padre y la madre al óvulo fertilizado en el útero.

El código en cada gen está compuesto por cientos o miles de nucleótidos en un orden específico y predefinido. Cualquier alteración en su secuencia causa una mutación genética responsable por una anomalía clínica, enfermedad o condición médica.

En 2007, se describieron 4 condiciones clínicas causadas por alteraciones o mutaciones genéticas en un gen específico.

Estas 4 condiciones son:

1. **Hipercolesterolemia monogénica** (colesterol elevado en familias).
2. **Cardiomiopatía hipertrófica** (pacientes pueden tener muerte súbita).
3. **Cardiomiopatía dilatada:** predispone a desarrollar fallo cardíaco y muerte súbita.
4. **Síndrome de QT prolongado:** más común en mujeres, con electrocardiogramas anormales. Tienen alto riesgo de muerte súbita.

Cuando se establece un diagnóstico preciso, se puede instituir un tratamiento o referir al paciente para implante de un desfibrilador cardiovertor, para evitar la muerte súbita.

De igual forma, están disponibles pruebas especiales para identificar **templados genéticos** (genes) que predisponen al desarrollo de **trombosis venosas y tromboflebitis aguda**. Al identificar pacientes con tromboflebitis aguda, si se determina la presencia del gen que predispone a flebitis recurrente, entonces el tratamiento con anticoagulantes podrá ser por un tiempo más prolongado que el habitual. Este tratamiento con fármacos anticoagulantes conlleva el riesgo de sangrado urinario, naso-bucal o encefálico. El sangrado suele tener relación con la dosis que se utiliza al instaurar el tratamiento. Hay pruebas para identificar si está presente el gen que determina si el paciente va a necesitar dosis bajas o dosis estándar al iniciar el tratamiento. De esta forma, se puede disminuir o evitar el riesgo de sangrado relacionado a la medicación.

Se ha logrado identificar dos genes específicos para el metabolismo de anticoagulantes orales del género de los cumarínicos (warfarina). La presencia de estos genes es normal en todo paciente. Un gen es responsable por la producción de una sustancia que ayuda a inactivar el fármaco mientras que el otro gen produce una proteína que disminuye su acción. Cuando se determina presencia de mutaciones en estos dos genes, está disminuida la producción de la enzima que inactiva y la proteína que inhibe la acción farmacológica y, como resultado, vamos a ver un aumento en su efecto y un mayor riesgo de sangrado. En esos casos, se debe iniciar la terapia con dosis bajas.

En un futuro próximo, las evaluaciones genéticas y las determinaciones de la presencia de mutaciones en templados genéticos serán más comunes en pacientes con enfermedades cardiovasculares. **G**