

El Infarto en el Lecho de Procusto

Dr. Ariel Dogliotti

Instituto cardiovascular de Rosario.

Director de la Unidad de Epidemiología Clínica y Estadística. Grupo Oroño. Rosario. Santa Fe. Argentina.

Procusto, hijo de Poseidón, era el apodo del mítico posadero de Eleusis, aquella famosa ciudad de la antigua Grecia. Su verdadero nombre era Damastes, pero le apodaban Procusto, que significa "el estirador". Procusto obligaba a sus huéspedes a acostarse en una cama de hierro, y a quien no se ajustaba a ella, porque su estatura era mayor que el lecho, le serraba los pies que sobresalían de la cama; y si el desdichado era de estatura más corta, entonces le estiraba las piernas hasta que se ajustaran exactamente al fatídico catre. Esta leyenda del lecho de Procusto ha quedado para siempre en la tradición popular y en la literatura universal, como una expresión proverbial para referirse a quienes pretenden acomodar siempre la realidad a la estrechez de sus intereses o a su particular visión de las cosas.

Hace algunos años, decir infarto agudo de miocardio representaba imaginaria y conceptualmente la oclusión aguda de una arteria coronaria epicárdica que generaba en el músculo círculos concéntricos de necrosis, injuria e isquemia. Se manifestaba con dolor u opresión precordial y un registro electrocardiográfico daba cuenta de esa situación anatomopatológica; todo ello con la posterior rúbrica enzimática, significado indiscutible de necrosis miofibrilar.

Ese diagnóstico vibró en simpatía con su pronóstico y tratamiento conformando un modelo conceptual que operaba eficazmente –opera aún- como una necesidad imperiosa, la del mandato del discurso médico: producir diagnóstico.

Una entidad cercana, la angina inestable, circulaba por caminos diferentes, era el “pre infarto” para muchos (aún para muchos médicos), es decir, la antesala, “un aviso”, era “casi” un infarto, también con su tratamiento y su pronóstico, en el que se incluía, claro, al infarto.

Dos realidades distintas, dos entidades nosológicas con potestad para decidir sus rumbos, dos verdades. Un discurso.

El matemático Alfred Tarsky sorprendió con una frase genial u obvia –como todo lo que es sorprendente-: “solo una parte de la verdad puede ser demostrada”, luego, digamos, hay una (otra) parte de la verdad que no puede ser o no ha sido aún demostrada.

Los médicos lidiamos a diario entre este ilusorio par de opuestos. Entre la ciencia y lo profano, entre la variable y el síntoma (o el signo).

Las variables, tan necesarias para la ciencia, implican un recorte, a veces peligroso, de la clínica. Merecen –necesitan, adolecen- una definición, en cambio el síntoma y el signo pertenecen a la clínica (*Kline*= cama), se bastan con la observación y la interpretación.

El diagnóstico de infarto se sostuvo durante mucho tiempo en el síntoma, el electrocardiograma y las enzimas; pero aún así, cada parte de esta tríada se cercenó en los límites que ese diagnóstico debía (como un mandato) tener. Así, el dolor tiene que perdurar por al menos un tiempo estipulado, el segmento ST desnivelarse definitivamente y las enzimas superar los valores establecidos. Si no, no es.

Valores esos antojados por otro cuerpo del conocimiento, el de la estadística parasitaria, sostenida en supuestos matemáticos que deben cumplirse. Un punto de corte (un recorte, un vaciado de la clínica) que pasa por los saberes de época, en otras palabras: el diagnóstico como una moda (del francés: *la mode*, una de las medidas de tendencia central, el valor de una distribución que más se repite).

Ese recorte del dolor, del ST y las enzimas separó al infarto de cercanos.

Las estadísticas (mandato del estado medieval –era el estado quien ordenaba contar y relevar las cosas) multiplican su reinado por estos lados. Ellas, lejos del experimento pues SON la regla,

no el resultado de una experiencia científica, ordenan nuestro pensamiento. Ellas juzgan, pero no han sido sometidas a la mirada de la ciencia, pues la encarnan.

Arribamos, creo que por fin, al modelo kantiano: el apriorismo. Es decir, no se necesita el experimento para conocer la verdad. Es "a priori" de este.

El infarto es una de las causas más frecuentes de muerte o discapacidad en el mundo. Esa aseveración probabilística produce preocupación y ella dos necesidades: diagnosticar más infartos y lo más precozmente posible, es decir: ser más sensibles, a riesgo de alejarnos de "aquel infarto", ese del que hablábamos. Este infarto que pretendemos no es ya el que conocemos.

Las ahora troponinas elevadas, con enzimas normales y un dolor torácico de corta duración cuyo electrocardiograma es dudoso pueden estar diciendo de ciertas necrosis, pero no del (de aquel otro) infarto.

Pero, ¿cuál es el infarto que se pretende? ¿Uno como el de antes pero con enzimas normales, ST y dolor dudoso?

O se quiere saber de una oclusión coronaria. O se quiere saber de una entidad anatomopatológica. O se quiere saber si hay al menos una célula muerta. La angina inestable, la miocarditis, la insuficiencia cardíaca o el envejecimiento, pueden elevar las troponinas ultrasensibles (Tn_{us}).

Una nueva discusión se erige, y es el del límite de las Tn_{us} para el diagnóstico de infarto. ¿De cuál infarto, de aquel otro? Para ese diagnóstico no son necesarias las Tn_{us} .

Hay otro infarto entonces, el que imponen los valores (otra vez a priori) de corte, pero con una clínica que se parezca al otro. ¿Que se parezca cómo? ¿Que se parezca cuánto?

Si se parece mucho no hay lugar para las Tn_{US} , si se parece poco las Tn_{US} habrán hallado un espacio, pero no siempre dentro del infarto, muchas veces cerca, otras –no pocas- lejos.

El percentil 99 parece ser el límite. Un valor que contiene (por debajo) al 99% de las observaciones de las Tn_{US} . Sin embargo, ese número no está exento de inconvenientes. Por un lado, un punto de corte muy sensible extiende el infarto hacia otras entidades con pequeñas necrosis. Por otro, distintos laboratorios pueden informar valores disímiles o puntos de corte diferentes. Lo que podría ser un infarto para algunos, no lo sería para otros.

Los estadísticos aportaron el coeficiente de variación de Pearson para dar solución a esto. Se halló un valor que ronda el 10 ó 20% al percentil 99 para definir el infarto deseado.

Solo una parte de la verdad puede ser demostrada, pero si sometemos a la verdad a diferentes puntos de corte habrá infinitas verdades como puntos puedan definirse en la escala de valores de la magnitud del ST, de la duración del dolor o del incremento de las troponinas.

Una vez encontrado (suponiendo que eso es importante), habrá que plantearse si el tratamiento para aquel infarto es el mismo que para este otro buscado, y que asumir aquel tratamiento en este infarto podría no ser ya patrimonio de la inferencia estadística (cercana a la ciencia, la parte que puede ser demostrada) sino de la extrapolación (emparentada a lo profano, la parte que no puede ser demostrada).

Ahora nos enfrentamos quizás a otro desafío: definir un nuevo infarto o generar otro diagnóstico a partir de nuevos hallazgos.

No es un nuevo punto de corte lo que nos falta definir, sino cuál es el infarto que queremos que sea.

¿Qué es entonces la *Kliné*: la cama o el lecho de Procasto?