

Síndrome del recomendado

The recommended patient syndrome

Sr. Editor:

En el año 2002, el grupo de Sanz Rubiales publicaron un artículo recordando un cuadro llamado "Síndrome del Recomendado", que se produce cuando se pretende llevar a cabo una atención más esmerada y personalizada, en personas de mayor renombre o que han sido recomendados por motivos de posición social, fama, parentesco, etc. En estos casos aparecen complicaciones no habituales e imprevistas, muchas de ellas difíciles de explicar¹. El término es muy utilizado en España, desconociéndose su origen. Su incidencia es incierta pero posiblemente más común de lo que uno cree^{1,2}.

Dentro de sus causas están la solicitud de una atención especial por parte de los pacientes, el mal empleo de recursos, la mala calidad en el registro de datos, una fragmentación de la historia clínica, ausencia de liderazgo en el personal sanitario, exceso de estudios diagnósticos, omisión de estudios habituales y un tratamiento inadecuado.

Los pacientes rechazan incluirse en la "rutina" de la práctica habitual. Las propias características del paciente, con el interés y el esmero que provocan, hacen que los sucesos que en otros enfermos se asumirían como "normales" (retrasos, olvidos, extravíos, problemas de comunicación) en este caso se vean agrandados, como un "efecto lupa", y se sientan más relevantes.

En cuanto a la utilización de los recursos, se atiende a estos pacientes fuera del lugar y horario habitual (en el pasillo, en la guardia, etc.), sin disponibilidad de los recursos habituales y sin registro en la historia clínica. Las citas para consultas y estudios complementarios se realizan de palabra, con lo que queda a la memoria y buena voluntad de los pacientes. Se sale de la rutina habitual, lo que puede llevar a omitir pasos importantes para la orientación diagnóstica y el tratamiento. Si precisa hospitalización, se busca una sala de mayor comodidad, pero no de acuerdo a la complejidad del paciente.

En cuanto al accionar médico, falta una dirección explícita en la conducta clínica. No se identifica un responsable último. A esto se añade una mayor sensación de sentirse observado, "examinado" por parte del paciente y de otros colegas. Intervienen, opinan, colaboran y, en más de una

ocasión, dirigen el tratamiento varios médicos de manera simultánea. Unos por obligación, otros por motivo de relaciones familiares o de prestigio, algunos por solicitud del paciente o la familia y un buen número por el mero deseo de colaborar. Se desglosa la patología y diferentes especialistas manejan cada uno de estos problemas. Con frecuencia no hay una comunicación adecuada, falta una persona de referencia y, con ello, una orientación común. Las líneas de actuación son variadas e incluso contradictorias, porque se marcan al ritmo de la inspiración de los médicos, fuera de los protocolos habituales. Esto es a menudo algo que critica el refrán: "Un médico, cura; dos, dudan; tres, muerte segura". La atención se deja en manos de facultativos de mayor prestigio y antigüedad. Es conocido que en algunos profesionales de renombre, sus conocimientos clínicos o prestigio se deben al tiempo dedicado a trabajos de investigación (clínica y/o básica), docencia y formación. Adquieren mayor validez las "consultas de pasillo" en las que otro médico, sin necesidad de comprometerse, opina ante un caso clínico que se le plantea. Sin embargo, estos comentarios pueden aportar una visión sesgada, ya que quien los pronuncia desconoce al paciente y no asume responsabilidades directas. Otros médicos que deberían colaborar en el diagnóstico y/o en el tratamiento, limitan su participación para evitar equivocarse y ser juzgados por colegas. El médico con parentesco con el paciente asume de manera inconsciente, tanto por su parte como por parte del resto del personal sanitario, el papel de médico de referencia y es a él a quien se explican las actitudes y de quien se solicita la toma de decisiones.

En cuanto a los estudios diagnósticos, existe falta de información sobre los antecedentes personales y la exploración física, en ocasiones incluso sobre datos básicos (alergias, medicación habitual, etc.). Los estudios complementarios solicitados pueden no ser los más indicados. Se pueden encontrar dos tendencias: por una parte, la de evitar estudios agresivos, con la intención de no incomodar al paciente; por otra parte, tender a pruebas diagnósticas cruentas no justificadas. La reiteración de estudios facilita que se encuentren falsos positivos y que, de acuerdo con estos resultados, se instauren nuevos tratamientos.

Se emplean opciones terapéuticas múltiples, a veces sin una línea clara, con intención de cubrir todos los problemas del paciente. El empleo de

técnicas novedosas y sofisticadas se interpreta como una muestra de excelencia, en estas técnicas se tiene menos experiencia y pueden no haber demostrado aún un beneficio relevante. Cuando estos tratamientos producen resultados no esperados, aparece un nuevo problema, que es la falta de experiencia en estas complicaciones. En caso de duda se tiende a tratar antes que a “esperar y ver”. La indicación de los tratamientos médicos o quirúrgicos, se adapta al principio de “más es mejor”, que defiende actitudes más agresivas.

Para prevenir la aparición del “síndrome del recomendado”, hay que realizar desde el primer día una anamnesis y exploración física completa (no se debe obviar esta exploración por un falso pudor o por respeto). Archivar en la historia una copia de todos los estudios complementarios y de los comentarios sobre la evolución clínica. Respetar el orden de los horarios y citas. Identificar quien es el médico que dirige o supervisa el tratamiento, que sea el punto de referencia (para el paciente, para la familia y para el resto de los médicos), que unifique y aplique un criterio común. Mantener los mismos criterios de prudencia de cara a los estudios diagnósticos y a los tratamientos que se emplean con los demás pacientes. Solicitar la opinión de especialistas no vinculados con el caso, para que den una valoración no condicionada de los resultados de determinadas pruebas diagnósticas.

La mejor prevención de este síndrome es el estudio, que permite tener conocimientos clínicos

sólidos, e intentar mantener líneas de conducta habituales, la “sana rutina”, no apartándose de la frase “el orden supera a la brillantez”, que ayuda a sacar adelante la labor clínica de cada día.

*Pablo Young¹, Bárbara C. Finn¹,
María L. O'Farrell², María E. Ceballos¹,
Julio E. Bruetman¹*

¹Servicio de Clínica Médica, Hospital Británico de Buenos Aires, ²Servicio de Clínica Médica, Cooperativa Médica, Concepción del Uruguay, Entre Ríos. República Argentina

Referencias

1. Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Hernansanz de la Calle S, García Recio C, López-Lara Martín F. Síndrome del paciente recomendado. *An Med Interna (Madrid)* 2002; 19: 430-3.
2. Hernández Rodríguez MD, Gea Fernández P, Medina Vargas L, Melgar García AC, Sánchez Pinilla M. Hipertensión arterial dentro del síndrome del recomendado. *Hipertensión* 2002; 19: 327-8.

Correspondencia a:

Dr. Pablo Young, Hospital Británico. Perdriel 74 (1280)
Buenos Aires, Argentina. Tel 5411 43096400 Fax 5411 43043393.
E-mail: pabloyoung2003@yahoo.com.ar