

LIMITACIÓN DEL ESFUERZO DIAGNÓSTICO EN PEDIATRÍA

Carmen Martínez González

Pediatra. Magíster en Bioètica. CS San Blas, Parla, Madrid

Article prèviament publicat a: J Med Ethics (2010). doi:10.1136/jme.2010.036822

Abstract

El objetivo fundamental de un diagnóstico no es categorizar un cuadro ni agrupar coherentemente una serie de signos o síntomas clínicos, sino curar o mejorar la calidad de vida del paciente. Los diagnósticos que no buscan ese objetivo, aunque sean técnicamente correctos, pueden ser una etiqueta innecesaria que convierte en enfermo al que no lo es, o no se siente como tal.

Proponemos una *limitación del esfuerzo diagnóstico (LED)*, con el fin de disminuir las consecuencias iatrógenas de esas etiquetas o diagnósticos innecesarios. Un nuevo imperativo, que en términos kantianos podría expresarse así: "estudia y trata a tus pacientes de tal forma que los efectos de dichas acciones supongan siempre, al menos, una mejora en su calidad de vida".

Introducción

Némesis es el nombre de una deidad griega que representa el castigo, la justicia o la venganza; las historias mitológicas cuentan que era la diosa que castigó a Narciso. Ivan Illich, filósofo y autor de obras muy críticas, en su obra *Némesis médica*¹ relaciona metafóricamente el término *némesis* con el castigo de los hombres por los intentos de usurpar privilegios de los dioses, reflexionando sobre cómo la medicina ha rebasado los límites tolerables y puede resultar patógena.

La mitología griega también cuenta que Asclepio, dios de la medicina, llegó a ser tan diestro que consiguió devolverle la vida a un muerto. Pero este pecado de soberbia fue intolerable para los dioses y mereció el castigo implacable de Zeus, que con un rayo fulminó al arrogante.

Los mitos surgen del saber popular, otorgan respaldo a creencias fundamentales de la comunidad, contando a través de una historia fantástica un hecho conocido por todos. Ambos mitos bien pueden simbolizar en nuestros días el error de caer en la omnipotencia médica de creer que, gracias a los avances científicos y técnicos, es posible combatir cualquier padecimiento transformándolo en enfermedad. En este sentido, es una realidad preocupante la creciente tendencia a convertir en pacientes a niños o adultos sanos, de manera que no tener un diagnóstico ante cualquier síntoma

o no estar en algún programa de las múltiples etapas medicalizadas de la vida, niño sano, adolescencia, embarazo, menopausia...etc., llega a ser una rareza. Algunos autores dirían que estamos en la era de la *iatrocracia* o simplemente en el momento en que la humanidad se divide en dos: los enfermos y los que no se han hecho estudios o no han ido al médico².

El objetivo de este trabajo es promover una reflexión crítica sobre la iatrogenia que podemos producir al hacer un diagnóstico innecesario o al traducir a términos médicos cualquier queja formulada en la consulta³.

¿Diagnósticos o etiquetas?

La práctica clínica debe buscar mucho más que intereses científicos. Un diagnóstico correcto, técnicamente adecuado, puede ser éticamente cuestionable si no tiene valor para el paciente, convirtiéndose entonces en una etiqueta. La perspectiva estrictamente científica es insuficiente para analizar la pertinencia de algunos diagnósticos en niños y la generalizada tendencia a poner un nombre técnico a lo que nos cuentan los pacientes. Sin embargo, la ética clínica puede aportar un punto de vista, necesario y complementario: el análisis multidimensional de las decisiones médicas, para una práctica clínica basada en los valores^{4,5}.

La primera reflexión debe iniciarse en el lenguaje que, como siempre, aporta luces o sombras. Sería ingenuo pensar que sólo precisando los términos obtengamos soluciones, pero no es banal la palabra que usemos para denominar las cosas⁶. En inglés, el *malestar* que no ha sido reconocido ni por el paciente ni por los otros como enfermedad se denomina "illness" (dolencia), reservándose el término "disease" (enfermedad) para una situación que el médico legitima como enfermedad. Sin embargo, en castellano, usamos el término *enfermedad* sin pensar en la carga peyorativa que puede tener para los niños y sus familias, como metáfora del mal⁷. En ello incide la informatización de las historias clínicas, que obliga a codificar los motivos de consulta, priorizándose los diagnósticos frente a las descripciones de síntomas o signos.

Pero diagnosticar es algo más que poner un nombre, categorizar un cuadro o agrupar coherentemente una serie de signos o síntomas. Debe ser un acto en beneficio del paciente, que busque un objetivo terapéutico o al menos una mejoría en la calidad de vida. Por eso sería adecuado diferenciar el término *diagnóstico*, en relación con la designación oficial de enfermo, de *etiqueta*, como "marca o señal que se coloca en algo o alguien para su identificación, valoración o clasificación"⁸.

La etiqueta médica convierte a un niño con dificultades en enfermo, pero además supone un gasto sanitario evitable, genera dependencia del sistema sanitario en problemas que competen más bien al ámbito educativo o social, puede ser estigmatizante y generar una discriminación escolar o social evitable y someter al paciente a métodos diagnósticos con riesgos, molestias y en ocasiones hallazgos

casuales que, en ausencia de síntomas, obligan a continuar realizando estudios⁹. También supone una inversión de tiempo y dedicación para la familia, generando una percepción de enfermedad en el niño y su familia que puede tener un impacto negativo sobre su salud mental o su desarrollo evolutivo. No mejora la calidad de vida del paciente, sólo aporta una explicación a un problema en términos médicos, por tanto, puede ser un acto médico fútil e inapropiado por innecesario¹⁰.

Sin embargo el diagnóstico, legitima la condición de enfermo en los cuadros que precisan instaurar un tratamiento o un consejo genético, pone fin al peregrinaje, la incertidumbre y la ansiedad de las familias que tienen hijos con problemas importantes. Aunque supone un coste sanitario, es una inversión necesaria para instaurar el tratamiento específico o para estudios de investigación científica. En definitiva, debe conllevar una alternativa terapéutica, curación, posibilidad de investigación clínica o, al menos, una mejora en la calidad de vida para el paciente y la familia (Tabla 1).

<p>ETIQUETA</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Convierte a un niño con dificultades en enfermo. ▪ Supone un gasto sanitario evitable. ▪ Genera dependencia del sistema sanitario en algunos problemas del ámbito educativo o social. ▪ Puede ser estigmatizante y generar una discriminación escolar o social evitable. ▪ Somete al paciente a métodos diagnósticos con riesgos, molestias e incluso hallazgos casuales que obligan a continuar realizando estudios. ▪ Supone una inversión de tiempo y dedicación para la familia. ▪ Genera una percepción de enfermedad en el niño y su familia, que puede tener un impacto negativo sobre su salud mental o su desarrollo evolutivo. ▪ No mejora la calidad de vida del paciente, sólo aporta una explicación a un problema en términos médicos. ▪ Puede ser un acto médico fútil e inapropiado por innecesario.
<p>DIAGNÓSTICO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legitima la condición de enfermo en los cuadros que precisan instaurar un tratamiento o un consejo genético. ▪ Pone fin al peregrinaje, la incertidumbre y la ansiedad de las familias que tienen hijos con problemas importantes. ▪ El coste sanitario es una inversión necesaria hacia el tratamiento específico. ▪ Puede ser importante para la investigación científica en esa área, aunque no aporte beneficios a corto plazo para el paciente. ▪ Debe conllevar una alternativa terapéutica, curación o al menos una mejora en la calidad de vida para el paciente y la familia.

Tabla 1

Esta distinción nos parece oportuna para la reflexión, no para categorizar los problemas de salud de los niños en uno u otro concepto, ya que no hay límites precisos entre ellos. Por ejemplo, algunos diagnósticos como el síndrome de

inmunodeficiencia adquirida, inevitablemente puede ser estigmatizante para el paciente, y algunos síntomas que son etiquetados médicamente, como “ansiedad difusa” o “duelo”, pueden evolucionar a verdaderas enfermedades, con un diagnóstico claro como depresión.

Algunas áreas como la salud mental son especialmente proclives al etiquetaje. En los últimos años se han incrementado espectacularmente estas patologías y, en paralelo, el consumo de psicótopos en niños y adolescentes. En EE.UU se estima que 1 de cada 10 niños o adolescentes sufre un deterioro funcional significativo secundario a un problema de salud mental¹¹ y nuevas patologías como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) tienen ya una prevalencia mundial en la edad escolar entre el 2-12%¹². ¿Asistimos a un incremento real de la patología mental o estamos disminuyendo los límites de lo tolerable y medicalizando conductas o síntomas que se desvían de lo que consideramos normal?¹³. La realidad es que el modelo de infancia de los países desarrollados tiende a unas exigencias de comportamiento y rendimiento infantil que colisionan frecuentemente con los niños reales. Este hecho, unido a la escasa tolerancia frente al sufrimiento asociado a los acontecimientos normales de la vida y a la búsqueda inmediata de soluciones médicas, produce una creciente demanda de atención psicológica ante cualquier malestar e influye en la tendencia a considerar cada vez más como enfermedad los síntomas, los conflictos y las inevitables desgracias de nuestra biografía.

Es preciso individualizar y contextualizar cada caso para valorar adecuadamente al paciente que tenemos enfrente, pero en ocasiones filiar la causa de un retraso mental leve realizando múltiples estudios complementarios, diagnosticar una fobia social en vez de una timidez marcada, o un déficit de atención con hiperactividad con pruebas poco específicas, puede tener connotaciones de etiqueta más que de diagnóstico.

La patología médica tampoco escapa a esta especial iatrogenia. Problemas como la *hidrocefalia benigna*¹⁴, el *déficit aislado de inmunoglobulina A*¹⁵, el *síndrome de piernas inquietas* (Restless Legs Syndrome -RLS)¹⁶, algunos *trastornos del sueño* o la sospecha de *síndrome de alcoholismo fetal en niños adoptados* podrían considerarse etiquetas, considerando que su diagnóstico no implica una solución y sin embargo puede generar gran ansiedad familiar y personal.

El alcohol puede provocar un espectro de anomalías físicas y alteraciones neurocomportamentales en el feto (*fetal alcohol spectrum disorders*¹⁷, FASD), desde formas oligosintomáticas hasta graves malformaciones con retraso mental. El diagnóstico de un FASD en un hijo biológico es importante porque puede permitir tratar una adicción oculta de la madre y evitar la recurrencia en hijos futuros. Pero en niños adoptados generalmente es un diagnóstico de sospecha imposible de confirmar que solo añade un dato estigmatizante a los orígenes del hijo adoptivo, frente a lo realmente importante, que es identificar las áreas de retraso, malformaciones, etc. susceptibles de tratamiento, independientemente de la causa.

Otra área que abre un universo de posibilidades, pero también de interrogantes éticos, son los diagnósticos genéticos, especialmente en niños muy pequeños que no pueden asentir ni consentir. Las pruebas clásicas de detección precoz de enfermedades raras en recién nacidos están plenamente justificadas, ya que contribuyen claramente a disminuir mortalidad y morbilidad. Sin embargo, la posibilidad de ampliar estos programas hacia otras patologías plantea múltiples problemas éticos. Sería el caso del *screening* del riesgo de enfermedades frecuentes de etiología mixta, genética y ambiental como el asma o la diabetes, hecho que generaría la nueva categoría médica de “pre-pacientes”¹⁸; la detección de problemas intratables, con correlación clínico-etiológica variable y gran carga peyorativa como la trisomía XYY¹⁹, ²⁰; la detección precoz del rasgo falciforme que no aporta beneficio al niño, o el diagnóstico genético precoz de enfermedades de desarrollo tardío.

Los criterios clásicos de Wilson y Jungner siguen siendo el patrón de oro en la toma de decisiones sobre *screening* de enfermedades genéticas²¹ y algunos de ellos son aplicables a los diagnósticos genéticos en general: los beneficios globales de la detección deben compensar los daños. La propia Academia Americana de Pediatría recomienda replantear o diferir la indicación de test genéticos cuando el diagnóstico no implique una alternativa terapéutica o preventiva clara y sin embargo pueda producir ansiedad personal y familiar, disminución de la autoestima, estigma social o algún tipo de discriminación²².

Una necesaria reformulación

Una vez abierta esta especial caja de Pandora, la lista de interrogantes es interminable: ¿cómo puede sentirse valioso un niño clasificado como portador de un síndrome o una enfermedad? ¿cómo influye en su autoestima? ¿cómo marca los vínculos familiares la enfermedad de un hijo? ¿qué tipo de amenaza para la construcción de la subjetividad puede tener un diagnóstico innecesario? ¿valoramos el sufrimiento psíquico de un niño sometido a consultas médicas repetidas? ¿influye en la búsqueda de diagnóstico la existencia de un tratamiento farmacológico? ¿pueden ser mayores los daños psicosociales que los beneficios aportados al niño cuando le etiquetamos de una patología?. Los pediatras deberíamos plantearnos estas preguntas, que inciden en aspectos éticos sobre la pertinencia de algunos diagnósticos. Limitar estudios puede ser maleficiente si disminuye posibilidades presentes o futuras, como sería el caso de una enfermedad rara, en donde precisar un diagnóstico puede no tener beneficios inmediatos pero deja abierta la puerta a alternativas terapéuticas o investigaciones posteriores. Sin embargo, en otras ocasiones, un diagnóstico médico correcto puede añadir una carga psicológica innecesaria para el niño y la familia, como el diagnóstico genético de síndrome XYY en un niño con problemas de conducta²³. Aunque el proceso de información al paciente y su familia sea veraz, honesto, confidencial y empático, consciente e inconscientemente el niño tendrá que asumir la carga de construir una nueva identidad

como enfermo.

La infancia es un tiempo en el que se construye física, psicológica y moralmente un individuo en dependencia de otros. Esta perspectiva ineludiblemente convierte la relación con los menores en un ejercicio constante de responsabilidad, comprometiendo moralmente a padres y pediatras a ser *abogados* de la infancia. En algunas situaciones deberíamos ejercer ese rol frente a los excesos de la medicina.

El propio concepto de enfermedad asienta sobre arenas movedizas. La existencia de muchas enfermedades está sujeta a cambios que dependen en gran parte del desarrollo tecnológico y farmacológico por un lado y de la tolerancia personal y social al malestar de otro. El concepto de enfermedad resulta lábil entendiendo y aceptando el gran componente de construcción social²⁴. Cabe interpretar, en esta línea de argumentación, algunos hechos que ejemplifican estos argumentos, como la desaparición del reflujo gastroesofágico como causa prioritaria de asma en lactantes, la emergencia de nuevos problemas como el TDAH, las “epidemias” periódicas de enfermedades con gran componente mediático como la anorexia nerviosa antes y la obesidad ahora, o la inflación de diagnósticos con cada último manual de diagnósticos médicos psiquiátricos (DSM).

Pero una sociedad más medicalizada es una sociedad con una mayor percepción de malestar y dependencia. Y es la sociedad en la que se están desarrollando nuestros niños.

Los pediatras partimos de una formación que prioriza los conocimientos técnicos y muy secundariamente las habilidades y actitudes necesarias para asumir las limitaciones de la medicina o ponderar las consecuencias negativas de los procesos diagnósticos como radiación, coste sanitario, tiempo invertido, probabilidad de encontrar un hallazgo benigno que obligue a realizar estudios invasivos, etc. Detrás quedan temas transversales como habilidades de comunicación, pediatría social, o bioética, puesto que el médico es un profesional centrado en su capacidad de diagnosticar entidades nosológicas establecidas científicamente para ser fundamentalmente un agente decisor diagnóstico-terapéutico, consolidando así su prestigio. Estas carencias dificultan una aproximación multidimensional al paciente e inciden en la orientación categorial de los problemas de salud; el pediatra así formado no se siente cómodo en las situaciones de incertidumbre²⁵.

Sin embargo, la función básica del médico es ayudar al paciente y no sólo construir un discurso científico-racional sobre la enfermedad, protocolo en mano. No se trata de denostar la tecnología ni la medicina basada en la evidencia, sino de mantener esa clásica “sabiduría” sin perdernos en el conocimiento (“¿dónde está la sabiduría que hemos perdido en conocimiento? ¿dónde está el conocimiento que hemos perdido en información?” T.S Eliot²⁶). Un pediatra formado no sólo en evidencias científicas sino en esos temas transversales del *currículum oculto*, será más competente, efectivo y seguro. Sabrá limitar las expectativas familiares involucrándolos en las decisiones en beneficio del niño desde una relación clínica

deliberativa, usar racionalmente los recursos y promover la autonomía personal y la independencia de la medicina en los casos posibles.

Un pediatra que entienda que no hay ningún acto médico sin connotaciones éticas, que recupere el discurso de la incertidumbre con las familias y valore el tiempo como aliado, puede contener la creciente medicalización de la vida desde el primer acto médico, que puede ser el proceso diagnóstico. Pero es legítimo reconocer la dificultad intrínseca de esta aproximación cualitativa, desde el marco de la ética, que tiene el objetivo de estimular una reflexión crítica, pero no dogmática.

Conclusiones

El proceso diagnóstico o el acto de traducir a términos médicos una queja o un síntoma no está exento de connotaciones éticas. Antes de iniciar una escalada de pruebas complementarias²⁷, derivaciones a superespecialistas con su visión parcial y fragmentaria o simplemente poner un nombre médico a un problema, debemos valorar con prudencia si el paciente necesita un diagnóstico o sólo vamos a ponerle una etiqueta.

Abordar las demandas de salud no sólo desde los conocimientos científicos, sino desde los condicionantes sociales y la ética, aporta claves complementarias de comprensión de la medicina que contribuyen a reformular la patología, la clínica y la terapéutica²⁸ hacia una visión más normalizadora y menos dependiente del mundo sanitario, en beneficio del paciente.

La proporcionalidad de un acto médico se establece desde un juicio valorativo sobre la conveniencia o necesidad de una determinada acción en un paciente. Es prioritario buscar el equilibrio entre la indicación de medios diagnósticos o terapéuticos y el resultado esperado, individualizando las condiciones particulares de cada paciente²⁹. El pediatra debe aprender a frenar la tendencia a etiquetar algunos problemas con términos médicos y los estudios con fines diagnósticos que no sean claramente beneficiosos o proporcionados para el paciente. Proponemos la *limitación del esfuerzo diagnóstico* (LED), término apenas utilizado en la literatura médica³⁰ que, formulado en términos de imperativo kantiano, podría expresarse así: "estudia y trata a tus pacientes de tal forma que los efectos de dichas acciones supongan siempre, al menos, una mejora en su calidad de vida".

¹ Illich I. *Némesis Médica*. Ed. Joaquín Mortiz, S.A. México D.F. 1978: 47

² Mainnetti JA . El dilema del diagnóstico. *Quirón* 1984; 15(1):6

³ Gérvas, J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac. Sanit*, 2006: 20 (Supl 1): 127-34

- ⁴ Petrova M, Dale J, Fulford B. Values-based practice in primary care: easing the tensions between individual values, ethical principles and best evidence. *Br J Gen Pract.* 2006; 56: 703-709
- ⁵ Gracia D. *Como arqueros al blanco.* Ed. Triacastela. Madrid 2004
- ⁶ Simón P, Barrio I, Alarcos FJ et al. Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Rev. Calidad Asistencial.* 2008; 23:271-85
- ⁷ Montiel L. *Alquimia del dolor.* Editorial Complutense. Madrid 2009
- ⁸ Diccionario de la lengua española – 22th. Ed.] [citado el 9 marzo de 2010] [Disponible en: <http://buscon.rae.es/drae/>]
- ⁹ Carsote M, Chirita C, Dumitrascu A, Hortopan D, Fica S, Poiana C. Pituitary incidentalomas--how often is too often? *J Med Life.* 2009 Jan-Mar; 2(1):92-7.
- ¹⁰ Sanz Ortiz. ¿Qué es bueno para el enfermo? *Med Clin (Barc)* 2002; 119(1):18-22
- ¹¹ Parens E, Johnston J. Mental health in children and adolescents. In: *From birth to death and bench to clinic. The Hastings Center Bioethics Briefing Book for Journalists, Policymakers, and Campaigns.* Mary Crowley ed. Garrison, NY: The Hastings Center; 2008. p. 101-06] [citado el 9 de marzo de 2010] [Disponible en: www.thehastingscenter.org/uploadedFiles/Publications/Briefing_Book/mental%20heath%20in%20children%20chapter.pdf]
- ¹² Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2006; 367:210
- ¹³ Morell ME, Martínez- González C, Quintana JL. Disease mongering, el lucrativo negocio de la promoción de enfermedades. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2009; 11:491-512 [citado el 9 de marzo de 2010] [Disponible en: www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPpy4xg0WXdjs_YS3zMpt8My_]
- ¹⁴ Castro-Gago M, Pérez-Gómez C, Novo-Rodríguez MI, Blanco-Barca O, Alonso-Martin A, Eirís-Puñal. Benign idiopathic external hydrocephalus (benign subdural collection) in 39 children: its natural history and relation to familial macrocephaly. *J.Rev Neurol.* 2005; 40:513-7
- ¹⁵ Kutukculer N, Gulez N. The outcome of patients with unclassified hypogammaglobulinemia in early childhood. *Pediatr Allergy Immunol.* 2009; 20:693-8
- ¹⁶ Picchietti DL, Rajendran RR, Wilson MP, Picchietti MA. Pediatric restless legs syndrome and periodic limb movement disorder: parent-child pairs. *Sleep Med.* 2009;10:925-31
- ¹⁷ Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Kodituwakkn P, Gossage JP, Trujillo PM, et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria. *Pediatrics.* 2005; 115:39-47
- ¹⁸ Kerruish NJ, Robertson SP. Newborn screening: new developments, new dilemmas. *J Med Ethics* 2005; 31:393–398.

- ¹⁹ Martínez González, C. Sánchez Pina, L. Fernández Menéndez. De la ética del diagnóstico, al diagnóstico ético. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10:81-7 [citado el 9 de marzo de 2010] [Disponible en: www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/IXus5l_LjPqzMEV6by4_EiKp7HbcK6dn]
- ²⁰ Bailey DB, Skinner D, Davis AM, Whitmarsh I, Powells C. Fragile X Syndrome as a Prototype for Emerging Issues *Pediatrics* 2008;121:e693-e704
- ²¹ Andermann A, Blancquaert I, Beauchamp S, Déry V. Revisiting Wilson and Jungner in the genomic age: a review of screening criteria over the past 40 years *Bulletin of the World Health Organization* . 2008, 86 (4)
- ²² American Academy of Pediatrics. Committee on Bioethics. Ethical Issues With Genetic Testing *Pediatrics*. 2001;107;1451-5
- ²³ Véase nota 19.
- ²⁴ Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Eikasia. Revista de Filosofía*, II 8 (enero 2007)] [citado el 9 de marzo de 2010] [Disponible en: <http://www.revistadefilosofia.org>]
- ²⁵ Rosenbaum L. Living Unlabeled. *Diagnosis and Disorder*. *N Engl J Med*. 2008 ; 359: 1650-1653
- ²⁶ El médico del futuro .Fundación Educación Médica (FEM). 2009 [Monografía en Internet] [citado el 9 de marzo de 2010] [Disponible en: www.educmed.net/sec/monografias.php]
- ²⁷ Pérez-Fernández M, Gervas J. Cascade effect: clinical, epidemiological and ethical implications. *Med Clin (Barc)* 2002; 118(2):65-7
- ²⁸ Mainetti JA. La medicalización de la vida. *Electroneurobiología* 2006; 14:3; 71-89
- ²⁹ Grupo de Estudios de Ética Clínica de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. *Rev. Med. Chile* 2003; 131:6. [citado el 9 de marzo de 2010] [Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000600015&script=sci_arttext]
- ³⁰ Barbero J, Romeo C, Gijón P et al. Limitación del esfuerzo terapéutico. *Med Clin (Barc)* 2001; 117: 586-594