



# Eliseo Pascual

Reumatólogo. Catedrático de Medicina. Profesor emérito.

*“El trabajo del médico es tomar decisiones informadas de acuerdo al mejor conocimiento disponible.”*

Nombrado recientemente catedrático emérito de la Universidad Miguel Hernández (UMH) de Elche, Eliseo Pascual es experto a nivel mundial en gota y artritis, entre otras enfermedades reumáticas. Proviene de una familia de médicos y estudió en el Hospital General de Asturias. A los 25 años, se fue al Hospital Jefferson de Filadelfia (EEUU), donde hizo la especialidad de Medicina Interna. La de Reumatología, en la Universidad de Pennsylvania (EEUU). Ha sido presidente de la Sociedad Española de Reumatología y ha dirigido la unidad docente de Reumatología del Hospital de Alicante durante 40 años.

## ALICIA DE LARA

Se percibe cierta confusión por parte de la sociedad en torno la especialidad de Reumatología. Por ejemplo, el hecho de que no exista ninguna enfermedad o dolencia del aparato locomotor que reciba el nombre de reuma, pero sí se utilice el término entre la población.

La desorientación viene, en parte, porque es una especialidad relativamente reciente. La palabra reuma es un término popular utilizado para referirse a los dolores musculoesqueléticos y cuando la reumatología nació la usaron para denominarla. Una mala elección porque confunde más que aclara. Desde finales del siglo XIX y principios del XX, se estableció la diferencia entre espe-

cialidades de intervenciones quirúrgicas y médicas. El objetivo de estas últimas consiste en entender las enfermedades lo mejor posible, saberlas reconocer y, además, tratarlas con los medios de los que se ha dispuesto en cada momento, ahora mucho más abundantes y adecuados. La Reumatología pertenece a la medicina interna y se constituye como tal a partir de los años 30-40. Engloba al grupo de enfermedades que producen inflamación y daño en las articulaciones y a aquellas enfermedades sistémicas del tejido conectivo que tienen participación musculoesquelética, además de a un grupo amplio de procesos comunes, como la artrosis, enfermedades

metabólicas de hueso – donde predomina la osteoporosis – y un conjunto de procesos muy frecuentes de origen muscular y tendinoso, que sin ser graves, pueden resultar muy dolorosos y limitantes.

**Un buen número de dolencias se agrupan bajo la denominación de enfermedades reumáticas, con múltiples causas.**

Los problemas en el aparato locomotor suponen alrededor del 20% de las consultas en los centros de salud. Hay dos grandes grupos de enfermedades reumáticas. El primero engloba los reumatismo inflamatorios y deformantes. Si no se tratan, pueden producir daño articular; incluso una invalidez importante. Hoy en día, existen excelentes tratamientos. El segundo, incluye las enfermedades del tejido conectivo o sistémicas. Pueden afectar a otros órganos (por ejemplo, el pulmón o el riñón). Para tratarlas los reumatólogos trabajamos, cuando es preciso, de manera cercana con otros servicios, como nefrólogos o neumólogos. Nos ayudamos mutuamente, aprendemos los unos de los otros y los beneficiados son los pacientes. Es en los problemas menos frecuentes o en algunos muy comunes pero que hay que saber identificar en base clínica – o sea, mediante historia y exploración cuidadosa

# ual:

## tomar acuerdo ponible”

- donde tener un buen radar y disponer de tiempo suficiente para historiar y explorar al paciente resulta fundamental.

### Debe ser muy complicado emitir un diagnóstico sin tener evidencias.

La medicina basada en la evidencia, fundamentada en pruebas y bien entendida, es la deseable. Pero en todas las especialidades nos encontramos ante problemas que han resultado difíciles de estudiar y de comprender, por lo que no existen criterios sólidos establecidos. En estos casos, el médico debe estar preparado para entender qué le pasa al paciente, no solo para clasificarlo y alcanzar una etiqueta diagnóstica de acuerdo a criterios establecidos. Y ahí es donde residen muchos de los problemas y donde es necesario emplear tiempo para entender lo que ocurre. Precisamente, en Reumatología, lo que más información te aporta es tener una conversación relajada con el paciente y, a continuación, explorarlo. Algo que, hoy en día, resulta complicado por los tiempos de consulta limitados. Es importante no iniciar la petición de pruebas complementarias sin tener claro, tras una historia y exploración suficientes, qué se pretende buscar con ellas. Además, creo que el ordenador en las consultas absorbe la atención del médico a expensas



de la necesaria atención al paciente y las consecuencias de esta falta de atención seguro que no son menores

### Algunas enfermedades reumáticas tienen un componente genético.

Algunas tienen una predisposición genética clara, por ejemplo, el lupus (enfermedad autoinmune). Hay familias donde dos o más miembros lo padecen. También en la artritis reumatoide o las espondiloartritis (artritis inflamatorias crónicas). Pero, en general, es poco probable que si alguien en la familia sufre uno de estos problemas,

haya otros miembros que lo vayan a tener. La epidemia verdadera de las enfermedades reumáticas, como en el caso de la artrosis, es causada por la obesidad. Se necesitan programas de información pública que trasladen a la sociedad todos los problemas que se derivan del sobrepeso, que además generan importantes costes sanitarios. Por ejemplo, es absurdo operar de artrosis de rodilla a alguien que tiene un importante sobrepeso para implantarle una prótesis, ya que fallará con mayor facilidad. Lo primero debe ser un buen programa de reducción y de fortalecimiento muscular. La mejor prevención es realizar ejercicio adecuado desde la juventud y no dejarlo con el tiempo. También la dieta razonable, sin olvidar que los alimentos que engordan o aportan colesterol pueden tomarse, si se hace de forma limitada y razonable. Todo ello proporciona salud, optimismo, fuerza y años de vida.

**“La mejor prevención es realizar ejercicio adecuado y no dejarlo con el tiempo”**

### En el caso de la gota los hábitos alimenticios también son cruciales, ¿podría citar alguno en concreto que resulte especialmente perjudicial?

La gota es una consecuencia de la subida del ácido úrico, una sustancia poco soluble que se produce en nuestro organismo y que fácilmente se deposita en forma cristalizada. Es un error buscar un alimento concreto que produzca gota. El abuso de alcohol, por ejemplo, es una causa pero no la única, puesto que también padecen esta patología personas que no lo consumen. El vino en cantidades prudentes no altera el ácido úrico y la

cerveza es un problema solo para los que sufren niveles elevados de ácido úrico. Por su parte, las bebidas azucaradas lo generan probablemente más que el marisco.

### ¿Por qué sube el ácido úrico?

Porque en personas que comen de forma excesiva – y que en muchos casos padecen síndrome metabólico- su riñón excreta el ácido úrico con mayor dificultad y por eso sube en la sangre. Los cristales siempre dan lugar a inflamación ligera y asintomática que, de forma ocasional, se dispara y produce ataques muy agudos de artritis, en los que se hincha la articulación y que suelen ser muy dolorosos. Puede darse en el pie, la rodilla, la muñeca y las manos, todas ellas articulaciones de bastante uso. La explicación de cómo se forman esos cristales y por qué, la publicó nuestro equipo en un artículo en la revista Nature Rheumatology Reviews el año pasado, con



➤ la colaboración con Lia Addadi, una experta mundial en biomineralización (formación de cristales por seres vivos).

#### Y respecto a la artritis ¿cuál es la causa y el tratamiento?

La artritis es una inflamación de la articulación. Algunas, como la artritis séptica o la gota son curables. En otras que suelen afectar a varias articulaciones a la vez (poliartritis), el tratamiento consiste en suprimir de la forma más completa posible la inflamación. Afortunadamente, ahora tenemos muy buenos medios para conseguirlo. La más común es la artritis reumatoide, que se enmarca dentro de las enfermedades autoinmunes. Las conocemos bien, pero no acabamos de entender qué las desencadenan. Sabemos que hay una base genética, pero eso no es todo.

#### El último informe de la UGT señala que los trastornos del aparato locomotor, junto con la depresión y la fatiga son las tres causas principales de baja laboral. ¿Qué se puede hacer para reducir los problemas derivados de estas dolencias, tanto en términos de pacientes afectados como de costes?

Una mayoría de estos afectados lo son por procesos menores, que pueden resultar dolorosos e invalidantes en mayor o menor medida, pero bastante tratables. Actualmente, se está analizando también aquí en Alicante un protocolo en el que un reumatólogo atiende de forma inmediata a aquellos que han recibido una baja por un problema del aparato locomotor. Los resultados, ya disponibles, muestran que es posible disminuir casi un 50% el tiempo de baja laboral. Falta analizarlos y si resultan favorables, que autoridades y

mutuas los implementen. O eso parecería lo sensato y económicamente aconsejable. Otra iniciativa que se comparte con otras especialidades es la asistencia regular de un reumatólogo a un centro de salud para ver enfermos con alguna dolencia reumática, junto con el médico de atención primaria, con objeto de compartir conocimientos y formas de hacer.

#### ¿Cuál es la clave para una buena formación en esta especialidad?

Es muy importante que los residentes adquieran una buena formación médica – esencialmente de Medicina Interna y de sus diferentes especialidades – ya que esto les permite abordar y orientar adecuadamente, además de consultar a colegas sobre los problemas que surjan en sus pacientes. Asimismo, en la formación de la propia especialidad, tienen que asimilar los conocimientos y adquirir el hábito de ser consecuentes con sus decisiones, siempre bajo la supervisión de los médicos responsables del programa

de formación. Con ello, cuando acaban, deben no solo haber adquirido los conocimientos necesarios, sino también haber

**“Generar conexión con el paciente es fundamental para hacer una buena historia clínica”**

aprendido a implementarlos con seguridad. Y es muy importante saber identificar lo que se desconoce y aprender a indagar, pregun-

tando a otros colegas o acudiendo a la literatura. Es necesario aprender a tratar adecuadamente a los pacientes. Generar conexión con ellos durante el interrogatorio para obtener la historia clínica. Y, sobre todo, durante la explicación, para que el paciente se haga una idea clara de qué le ocurre, qué puede significar para él y cómo puede tratarse. Lo frecuente es que los pacientes nos lleguen con mucha más preocupación de la que se justifica por el problema que sufren.

#### ¿Cómo beneficia a los futuros profesionales el hecho de que hoy en día los conocimientos estén ampliamente disponibles?

Lo importante es saber seleccionar los conocimientos y, sobre todo, entender los asuntos que se estudian. En Medicina,



como en casi todas las disciplinas, si no se entiende muy bien, el conocimiento es inútil. Los estudiantes, tras aprender una materia, deben sentirla como familiar y poder reconocer y orientar razonablemente un problema relacionado con ella cuando se les presente, aunque sea en algo tan básico como guiar a quien consulta hacia el médico adecuado.

**Tras casi cuarenta años como docente y recientemente nombrado emérito, ¿en qué cree que consiste ser un buen profesor de medicina?**

En la formación de residentes de especialidad, opino que la clave, en buena medida, consiste en inspirar. Yo tengo una visión de la docencia muy anglosajo-

na y considero que la figura del mentor es importante. Yo lo soy de algunos colegas de diferentes edades y en general mucho más jóvenes, todos ellos personas muy brillantes, con presentes muy sólidos y futuros muy prometedores. El mentor establece una relación de igualdad, cómoda y sin compromisos por ninguna de las partes y le ayuda a modelar su carrera profesional y a ampliar sus redes. Le inspira, lo que quiere decir que le hace darse cuenta de que es capaz de hacer, por sus propios medios, cosas que inicialmente tenía como inalcanzables. Es una relación entrañable y preciosa, creo que por ambas partes. Ves crecer a colegas y amigos profesionalmente más jóvenes. Y es una figura perfecta para un profesor emérito.

**La figura del profesor emérito es por tanto una fuente de inspiración y experiencia para los estudiantes.**

Continúo de forma activa investigando y publicando artículos con los colegas. Y también con la docencia, especialmente con los trabajos de fin de grado, que deben ser una experiencia de madurez útil y estimulante para el alumno. Lo que está claro es que para ser buen profesor de medicina, hay que ser buen médico, ya que además de una fuente de conocimiento somos un modelo de actitudes para los estudiantes. Y como les digo a mis alumnos, el trabajo del médico y lo que deberá aprender es a tomar decisiones informadas de acuerdo al mejor conocimiento disponible y, además, saber actuar eficientemente de acuerdo a esas decisiones.