

Relaciones diagnóstico-terapéuticas

Diagnostic and therapeutic relationships

Con el modelo microbiológico que floreció a principios del siglo XX, la práctica médica parecía una actividad regida por tres columnas: la primera sobre cómo se llama la enfermedad (diagnóstico nosológico), la segunda sobre qué microbio la produce (diagnóstico etiológico) y la tercera sobre cómo se combate ese microbio (terapéutica etiológica). Ni qué decir que las tres columnas implican seleccionar de un catálogo: de enfermedades, de microbios y de terapéuticas. Si el padecimiento de un enfermo no corresponde a alguna de las enfermedades del catálogo, se tiende a decir que no existe, que el paciente no tiene nada, o al menos el clínico se mete en un problema para poder ayudar al enfermo. Bajo ese modelo lo importante es el diagnóstico nosológico, cómo se llama la enfermedad, porque las otras dos columnas surgen de la primera: a cada entidad diagnóstica corresponde una entidad terapéutica y una causal. Por ello, por mucho tiempo se ha sobrevalorado el diagnóstico porque una vez que se cuenta con él lo demás hasta se puede consultar con los textos o con los expertos. El arte de la medicina parecía sólo el de ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente.

Con este modelo también se jerarquizó lo etiológico: el diagnóstico debe implicar el origen y el tratamiento, combatir la causa y no sólo los síntomas. Por mucho tiempo se satanizó lo sintomático (o antisintomático).

Las cosas empezaron a cambiar cuando nos percatamos que estas relaciones (diagnóstico-causa-tratamiento) no son lineales, que no hay una causa de cada enfermedad, sino que siempre son muchas (modelo multicausal), que las enfermedades son artificios operativos y didácticos, constructos, pero que difícilmente tienen existencia ontológica propia, dado que no existen sin el enfermo; que aún en las enfermedades microbianas participan muchos otros factores, puesto que la exposición al agente no garantiza la aparición de la enfermedad; que las manifestaciones clínicas tienen una amplísima gama de expresión dependiendo de la susceptibilidad del individuo, su tolerancia, sus enfermedades concomitantes y el estado funcional previo de su organismo; que el padecimiento puede corresponder a la enfermedad que describen los libros o los scripts mentales que poseemos los médicos, pero la mayoría de las veces no es así, sino que es sólo una parte de él y además no rara vez se acompaña de síntomas de otras enfermedades;

Correspondencia:

Alberto Lifshitz, M.D.

Dirección Académica, Fundación Clínica Médica Sur

Puente de Piedra, Núm. 150, Col. Toriello Guerra, C.P. 14050. Ciudad de México

Tel.: (+5255) 5424-7200. Ext. 4119. Correo electrónico: alifshitzg@medicasur.org.mx

Fecha de recibido: octubre 30, 2015.

Fecha de aceptado: noviembre 03, 2015.

que la subjetividad (del paciente y del médico) juega un papel fundamental en el esquema nosológico; que con frecuencia no hay un tratamiento único, sino que se puede elegir entre varias alternativas terapéuticas, y que la respuesta de cada individuo a cada una de ellas suele ser muy variable. En otras palabras, que las decisiones están llenas de incertidumbre y acaso se pueden asumir probabilísticamente, siempre y cuando se cuente con información estadística proveniente de la investigación clínica.

No obstante, el diagnóstico, aun siendo un artificio, tiene funciones fundamentales: una función taxonómica que permite ubicar a cada paciente dentro de un casillero porque comparte características con otros, aunque se desdeñen las diferencias; una función explicativa que permite entender lo que le sucedió al paciente; una función denotativa o referencial que favorece la comunicación entre pares; y una función ejecutiva que propicia las decisiones, no siempre terapéuticas.

Hoy la terapéutica no es una consecuencia automática del diagnóstico, si bien éste sigue siendo ineludible. No obstante, muchas veces basta una aproximación diagnóstica para iniciar un tratamiento, cuando se dice que se alcanza el umbral terapéutico que es el nivel de probabilidad que autoriza un abordaje específico en ausencia de certeza, especialmente relacionado con el cociente beneficio/riesgo de un cierto tratamiento. Más aún, la mayor parte de las decisiones terapéuticas no son en condiciones de certeza y mucho menos se pueden predecir los desenlaces. En muchos otros casos no basta el enunciado del nombre de la enfermedad que se ha identificado en el paciente para caracterizar un abordaje terapéutico sino que es preciso aproximarse a una mayor individualización del caso. Es obvio que no todos los diabéticos, hipertensos o isquémicos, se tratan igual, sino que se tiene que tener en consideración variables adicionales, tales como la severidad, antigüedad, aceptación, valores del paciente, disciplina, comorbilidades, estado funcional, educación, cultura, edad, redes sociales, etc.

La práctica clínica contemporánea difiere entonces del modelo de las tres columnas de la medicina etiológica y exige el reconocimiento de las alternativas para adaptar las decisiones a las necesidades de los pacientes y no encajarlas forzosamente de acuerdo con un canon teórico genérico.

Alberto Lifshitz
Dirección Académica
Fundación Clínica Médica Sur

REFERENCIAS

1. Gotzche PC. Rational diagnosis and treatment. 4th Ed. Wiley-Interscience; 2008
2. Sackett DL. Evidence-based medicine. 3th Ed. EUA: Churchill Livingstone; 2004.
3. Lifshitz A. La nueva clínica. Academia Nacional de Medicina. México: Editorial Intersistemas; 2015.