

Experiencias e ideas que podrían ayudar a mejorar la atención médica

AE Dr. Raúl León-Barúa

Médico-Cirujano, Doctor en Medicina, Gastroenterólogo.

Profesor Emérito, Profesor Investigador,

Profesor de la "Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro" en Medicina,

Titular de la Cátedra de Historia y Filosofía de la Medicina,

Profesor Fundador, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

Profesor de Gastroenterología, Fisiología y Farmacología Gastrointestinal

Profesor Emérito, Profesor Investigador

Miembro del Grupo para el Estudio del Ser Humano, GRESH, UPCH

Ex Senior Asociado de la Escuela de Salud Pública, Universidad John Hopkins, Baltimore, Maryland, USA

Ex Presidente de la Academia Nacional de Medicina del Perú

Título de "Maestro de la Gastroenterología Latino-Americana, otorgado por la Asociación Interamericana de Gastroenterología, AIGE

En el año 2007, el Dr. Ricardo Subiría Carrillo⁽¹⁾ publicó un excelente libro sobre el tema "Entre pacientes y médicos: ¿Adónde va la medicina?", y tuvo la amabilidad de invitarme para que escribiera su prólogo. Este tema siempre me ha interesado mucho y, ahora, además de recomendar el libro del Dr. Subiría, voy a aportar una serie de experiencias e ideas que podrían ser también útiles para mejorar la atención médica.

Eficiencia

Alrededor del año 1975, cuando atendía pacientes en el Instituto de Medicina Tropical del Hospital Nacional Cayetano Heredia, invitado por mi gran amigo el Dr. Hugo Lumbreras Cruz, las autoridades del hospital trataron de mejorar lo que denominaban la eficiencia médica, que según ellos consistía en aumentar significativamente el número de pacientes que atendíamos en 5 horas de consulta. Felizmente, conversando con las autoridades, los pude convencer de que la eficiencia no implica ver pacientes en gran cantidad, sino prestar mucha atención a sus problemas y hacer todo lo posible para mejorarlos física y anímicamente.

Ideas y experiencias

Un tema filosófico, sobre el cual he tenido oportunidad de informarme y pensar intensamente, es la Teoría General de Sistemas de von Bertalanffy⁽²⁾, que me ha ayudado mucho a comprender mejor la naturaleza de los seres vivos y sobre todo del ser humano.

Otro tema interesante es la demostración de que los fenómenos naturales no tienen una sino múltiples causas determinantes⁽³⁾.

Propuesta para mejorar la nomenclatura, la clasificación y el diagnóstico de las enfermedades, tomando en cuenta sus síntomas, síndromes, signos y factores determinantes

Desde el nacimiento de la clínica moderna en el siglo XVII, las enfermedades han ido siendo nombradas y clasificadas de acuerdo con el progreso en el conocimiento de sus causas⁽⁴⁻⁶⁾.

Para tal efecto, Sydenham (1624-1689) tomó en cuenta detenidamente las manifestaciones externas de las enfermedades⁽⁴⁻⁶⁾. Al surgir la escuela clínico-

patológica, que consistió en investigar lesiones anatómicas como causas de enfermedades, Morgagni (1682-1771), Bichat (1771-1802) y Virchow (1821-1902) propusieron, sucesivamente, como causas: lesiones de órganos, lesiones de tejidos y lesiones de células⁽⁴⁻⁶⁾. Con sus contribuciones al desarrollo de la fisiología, Muller (1801-1858), Magendie (1783-1855) y Bernard (1813-1878) sentaron las bases para poner en evidencia causas biofísicas y bioquímicas⁽⁴⁻⁶⁾. Siguiendo otra línea, Pasteur (1822-1895), Koch (1843-1910), y sus colaboradores, abrieron el camino hacia la comprensión del papel de los microorganismos en la génesis de enfermedades⁽⁴⁻⁶⁾ y, finalmente, Charcot (1825-1893), Freud (1856-1939) y Pavlov (1849-1936) hicieron valiosos aportes en lo que respecta a la acción de factores psicológicos⁽⁴⁻⁶⁾.

Teniendo en cuenta esta breve revisión histórica, es fácil comprender el porqué de la diversidad de los nombres que han recibido las enfermedades, y de sus clasificaciones⁽⁴⁻⁶⁾.

El referirse a “estreñimiento crónico”, “dispepsia”, “úlcera duodenal”, “colitis microscópica”, “esófago de Barrett”, “disentería amebiana”, “síndrome de intestino irritable”, etc., es muy comparable a como se mencionaban sustancias químicas tales como “azúcar de Saturno”, “flores de bismuto”, “mantequilla de arsénico”, “yeso de París”, “materia perlada de Krekingius”, “muriatos”, “sal admirable”, etc., antes de la reforma de su nomenclatura lograda por Lavoisier (1743-1794) y colaboradores en 1787⁽⁷⁾.

El obvio desorden en la nomenclatura y la clasificación de las enfermedades es considerado un problema clínico que debería resolverse⁽⁸⁾. En el presente artículo hago una propuesta encaminada a tratar de mejorar el diagnóstico de los procesos que afectan a nuestros pacientes.

Como lo hemos precisado varias veces, las enfermedades no tienen una sola causa sino múltiples causas, o mejor múltiples factores determinantes, que actuando en conjunto y relacionándose entre sí dan lugar a enfermedad^(9,10). Los factores determinantes pueden ser etiológicos, cuando están presentes

antes de que la enfermedad sea tal, y patogénicos, cuando constituyen lo que ya es enfermedad⁽⁹⁾. Generalmente se habla de etiopatogenia o de factores etiopatogénicos; pero es mejor aclarar la diferencia⁽⁹⁾, como lo haremos a continuación.

Factores determinantes de enfermedad (Etiopatogenia)^(6,7).

Etiológicos

- Externos
 - Físicos: frío, calor, sequedad, humedad, presión atmosférica baja, etc.
 - Químicos: tóxicos, venenos, hipovitaminosis, etc.
 - Biológicos: virus, bacterias y parásitos patógenos.
 - Sociales: hacinamiento, etc.
- Externos-internos
 - Psicológicos.
- Internos (constitución)
 - Predisposición genética, congénita y adquirida.
 - Capacidad de resistencia frente a factores agresivos.

Patogénicos

- Alteraciones fisiológicas, anatómicas y psicológicas.
 - Síntomas y signos.

Al estar presentes factores determinantes patogénicos, se ha generado ya la enfermedad; y, en el paciente que nos consulta, se pueden obtener síntomas (mediante la historia clínica) y objetivar signos (mediante el examen físico) de su enfermedad^(10,11). Y algo que no debe olvidarse nunca, como lo remarcaron sabiamente Carlos Alberto Seguí⁽¹²⁾ y Honorio Delgado⁽¹³⁾, es la dualidad “enfermedad-dolencia”. “Enfermedad” es lo que el médico puede precisar como naturaleza real de un proceso patológico; y “dolencia”, lo que el paciente sufre con su proceso, y la forma como lo interpreta^(12,13).

Como lo hemos precisado, también varias veces, diagnosticar no consiste solamente en dar un nombre a la enfermedad que presenta un paciente, y tampoco solamente en diferenciarla de otras similares, o sea, hacer diagnóstico diferencial^(10,11). Etimológicamente, la palabra diagnóstico deriva del griego *día*: a través,

y *gnosein*: conocer; esto es, conocer o dilucidar, en la forma más completa posible, los factores determinantes de una enfermedad a partir de los síntomas y signos (incluyendo los resultados de los exámenes auxiliares solicitados) observados en el paciente aquejado por la enfermedad^(10,11).

Propuesta

Basándome en lo expuesto hasta el momento, propongo una forma completa de hacer el diagnóstico.

En primer lugar, como lo hacía Sydenham^(4,7), es importante tomar en cuenta las manifestaciones externas de la enfermedad que presenta el paciente. Y estas manifestaciones son: el síntoma o los síntomas, el síndrome o los síndromes, y el signo o los signos. Y lo digo así, en singular y plural, porque dos o más síntomas, aunque presentes a la vez, pueden no constituir necesariamente un síndrome; y porque, también, dos o más síndromes o signos pueden coexistir sin estar totalmente ligados causalmente entre sí. Y, a continuación, se agregan todos los factores determinantes etiológicos y patogénicos de esas manifestaciones externas.

Esta forma de diagnosticar la hemos venido empleando desde hace algún tiempo en nuestra práctica gastroenterológica^(10,14-17). Y con toda la información que con ella se logra, el manejo del paciente es más efectivo.

Con el enfoque diagnóstico que propongo se obtienen, además, otras consecuencias valiosas. En primer lugar, va muy de acuerdo con la actual reorientación que se está tratando de dar a la actividad médica en el sentido de “la medicina centrada en la persona”, ya que con él se considera, como lo más importante, lo que el paciente siente y le hace sufrir (Mezzich JE, Presidente de la International Network for Person-Centered Medicine). En segundo lugar, une íntimamente y con gran respeto a todos los aportes de grandes figuras de la medicina que he mencionado y han contribuido a la creación de la clínica moderna. Y, finalmente, permite ver con claridad los vacíos que aún existen en el conocimiento de factores determinantes

etiológicos y patogénicos⁽¹⁸⁾, y la necesidad de llenar esos vacíos con productos de investigación.

Factores psicológicos en las enfermedades

En el año 2011, me publicaron un artículo en la Revista Psicológica Herediana⁽¹⁹⁾, en el que hice una síntesis de observaciones e ideas y resultados de trabajos de investigación realizados con colaboradores, durante varios años sobre el tema de factores de tipo psicológico determinantes de enfermedades y su manejo diagnóstico y terapéutico. Los propósitos de ese artículo eran inducir una mayor unión de la psicología con la medicina, y que la información que se aportaba fuera empleada continuamente en la práctica médica.

En el artículo, recordamos los factores desencadenantes y los mecanismos del “Síndrome General de Adaptación” o “Síndrome de Estrés” precisados por Selye y otros investigadores, así como probables factores patógenos del estrés de origen psicológico desencadenantes de: osteopenia y osteoporosis, enanismo, esteatosis de órganos, dislipidemias, úlcera péptica y otros trastornos digestivos, hipertensión arterial, problemas coronarios, desórdenes emocionales, etc.

Citamos, también, las contribuciones de Pavlov y teóricos del aprendizaje sobre la producción experimental de neurosis en animales. Para esto, se requiere mantenerlos en situación de confinamiento, o sea, que no puedan escapar a la experiencia a la que se les somete. Además, se les somete a castigo (o supresión de recompensa) de gran intensidad, aunque sea por tiempo breve, o a castigo (o supresión de recompensa) de poca intensidad, pero por tiempo prolongado; o se les pone en situación incierta en lo que respecta a castigo o recompensa.

En el artículo, precisamos: todos los factores estresantes que predisponen a neurosis o desórdenes emocionales en seres humanos; los diversos instrumentos que hemos empleado para diagnosticar factores psicológicos de enfermedad, incluyendo un nuevo instrumento sencillo que hemos creado para medir, con facilidad, niveles de procesos estresantes, de afrontamiento de esos procesos, y de los logros que se obtienen con el

afrontamiento de los procesos ⁽²⁰⁾; los síntomas de la depresión o, como preferimos denominarla, “estado de agotamiento nervioso”; los factores determinantes de la depresión; y los posibles efectos de la depresión sobre el organismo.

Finalmente, hemos encontrado una forma valiosa de hacer psicoterapia en la práctica clínica ⁽²¹⁾.

Todo esto lo podemos presentar, con detalle, en reuniones de nuestra querida Academia Nacional de Medicina.

Referencias

1. Subiría Carrillo, R. Entre pacientes y médicos: ¿Adónde va la medicina? Tarea Asociación Gráfica Educativa, 1ra. Edición; noviembre 2007.
2. von Bertalanffy, L. Perspectivas en la teoría general de sistemas. Estudios científico-filosóficos. Versión española de Antonio Santisteban. Alianza Editorial, S.A., Madrid, 1979.
3. Russell-Hanson, N. Patterns of discovery. An inquiry into the conceptual foundations of science. Cambridge University Press, N.Y. 22, N.Y., 1958.
4. Sigerist, H.E. Los grandes médicos. Historia y biografía de la medicina. Traducción del alemán por Arasa y Scholz Rich, M. Editorial Azteca S.A., Palma 9/414, Mexico D.F. 1955.
5. Wulff, H.R. Rational diagnosis and treatment. Blackwell Scientific Publications. Osney Mead, Oxford, 1976.
6. López Piñero, J.M. Antología de clásicos médicos. Editorial Triacastela, Madrid, 1998.
7. Pellón González I. Un químico ilustrado. Lavoisier. Nivola, Libros y Ediciones, España, 2002.
8. Campbell, E.J.M. Clinical science. In: Research and medical practice: their interaction. Ciba Foundation Symposium 44 (new series). Elsevier, Excerpta Médica, North Holland, Amsterdam, 1976; ps. 41-52.
9. León Barúa, R. Causalidad en medicina. Bolet Soc Per Med Int 2000; 13: 159-64.
10. León Barúa, R. Del diagnóstico a la investigación en medicina. Diagnóstico (Lima) 1999; 38 (Nº 6): 293-6.
11. León Barúa, R. La esencia real del diagnóstico. Diagnóstico (Lima) 1999; 38 (Nº 3): 141-3.
12. Seguí, C.A. La enfermedad, el enfermo y el médico. Ediciones Pirámide, S.A., Madrid, 1982.
13. Delgado, H. Enjuiciamiento de la medicina psicosomática. Editorial Científico-Médica, Barcelona, 1960.
14. León Barúa, R. Enjuiciamiento crítico de los trastornos digestivos funcionales, avances en su estudio y propuestas para ulteriores desarrollos. Diagnóstico (Lima), 2003; 42 (5 y 6): 239-43.
15. León Barúa, R. Grandes síndromes gastrointestinales (2): Dispepsia o síndrome del aparato digestivo relacionado con alimentos (1). Rev Gastroenterol Perú 2008; 28: 150-3.
16. León Barúa, R. Grandes síndromes gastrointestinales (2): Dispepsia o síndrome del aparato digestivo relacionado con alimentos (2). Rev Gastroenterol Perú 2008; 28: 267-9.
17. León Barúa, R. 44 años de avances en etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento del síndrome flatulencia. Rev Gastroenterol Perú 2010; 30 (2): 148-52.
18. Jores, A. La medicina en la crisis de nuestro tiempo. Traducción al castellano de Armando Suárez. Siglo XXI Editores S.A., México, 1967.
19. León Barúa, R. Factores psicológicos en las enfermedades. Rev Psicol Herediana Especial Septiembre 2011; 7-12.
20. León Barúa, R., Torres Zevallos, H., Berendson Seminario, R. Instrumento para evaluar niveles de problemas o dificultades estresantes, los esfuerzos que se realizan para dominarlos, y lo que se logra con los esfuerzos (Problemas, afrontamientos y logros, PAL). Rev Soc Peru Med Interna 2011; 24 (3): 128-31.
21. León Barúa, R. Psicoterapia en la práctica clínica. Diagnóstico 2012; 51(3): 153-4.