

Contexto Integral de la Enfermedad Crónica

Dr. Israel Montes de Oca *

RESUMEN

Se hace una exhaustiva exposición de las teorías del autor sobre la "Enfermedad crónica" y su diversa metodología de diagnóstico físico y psicológico, y planteamientos terapéuticos.

ABSTRACT

An exhaustive and personal theory on "Chronic Disease" is exposed with reference to diagnostic methodology physical and psychological as well as therapeutic means.

Concepto y Definición de Enfermedad Crónica:

Dimensión y Características del Problema de Enfermedad Crónica:

Numerosos factores se consideran en la Medicina actual, al analizar el por qué de la mayor proporción y frecuencia de enfermedades con prolongada evolución y que por sus características requieren de una atención médica a veces constante, debido a la variabilidad de sus manifestaciones clínicas, en ocasiones no detectadas desde su comienzo o que pasan desapercibidas porque constituyen una nueva entidad en la nosografía. Los médicos, profesionales responsables de hacer los diagnósticos y el tratamiento a veces no asimilan las verdaderas importancias de la enfermedad crónica y relegan el cuidado médico de estas condiciones a un plano secundario.

Al estudiar el problema, de la Enfermedad Crónica, debemos recurrir a un doble criterio o concepto; por una parte debemos referirnos a la temporalidad de la aparición y evolución de los cambios o trastornos ocurridos en una persona y por otra preguntarnos, el por qué una persona desarrolla una condición de evolución crónica. Para la primera razón debe hacerse la diferencia con la denominada prevención (o sea, el por qué no pudo realizarse una curación para evitar que ocurriera la prolongación del fenómeno patológico), del concepto de enfermedad

curable, que encierra todas aquellas condiciones que pueden ser erradicadas en una forma más o menos rápida y por último, del hecho concreto de que la enfermedad no puede ser eliminada en ningún momento. Para la segunda razón, se pueden conocer la fisiopatología y bioquímica de la enfermedad, pero se desconocen las raíces por las cuales un paciente pasa a ser un enfermo crónico y va a variar de acuerdo al tipo de enfermedad que se padece.

Después de este breve comentario podemos definir y distinguir a la **Enfermedad Crónica** como aquella que desde su origen, aparición clínica, evolución, complicaciones, no puede ser curada, solo controlada y por otra parte indefectiblemente fatal a través de un tiempo prolongado a pesar de los cuidados médicos prestados.

Hoy se considera que existe una mayor proporción de EC y múltiples han sido los factores que contribuyen a tal hecho, así se mencionan:

- 1 Aumento de la población
- 2 Aumento del promedio de edad
- 3 Mejoría de los sistemas o métodos de prevención para algunas enfermedades; que han hecho posible la aparición de otras enfermedades crónicas individual o colectivamente
- 4 Mejoría de la atención médica que hace posible prolongar la vida de los pacientes, porque existe mejor control de las enfermedades crónicas
- 5 El aporte de los avances de la Medicina Científica, al determinar un mayor y mejor diagnóstico precoz y tratamiento, y por lo tanto modifica la Historia natural de la enfermedad crónica, acortándola o extendiéndola.

Mundialmente estos factores son casi generales; pero con las limitaciones y excepciones lógicas que se presentan y suceden en cada país debido al sistema al cual recurre para la prestación de salud de su población. **División de las Enfermedades como punto de partida de la Enfermedad Crónica:**

Se mencionó el aspecto de temporalidad para hacer la clasificación de las enfermedades y de acuerdo a ello

* Medicina Interna Centro Médico de Caracas

se dividen en Agudas (aquellas condiciones que aparecen en forma rápida o lenta pero de corta duración en días, para algunos de 21 días) y en crónicas (aquellas condiciones que se prolonga por mayor número de días, meses y años). Estas últimas pueden tener variadas características en su presentación que serán discutidas posteriormente. No usaremos el término "Subagudo" o "Subcrónico" que aparece en muchos textos, ya que su aplicación en la práctica ha dejado de ser valedera debido al uso de la tecnología médica, siendo esta la encargada en buena proporción de modificar en muchos aspectos la historia natural de las enfermedades.

Los conceptos de Enfermedad prevenible, curables y no curables pueden formar parte o no de la amplia dimensión de la enfermedad crónica; pero lo que interesa al médico es no tanto la clasificación como entender lo que significa una enfermedad con estas características, y que puede incapacitar y producir sufrimiento a una persona, y por otra parte debe el médico lograr finalmente aprehender su sentido.

El Contexto integral de los Factores que influyen en la aparición, clínica, evolución y pronóstico de la Enfermedad Crónica: (Diagrama No. 1).

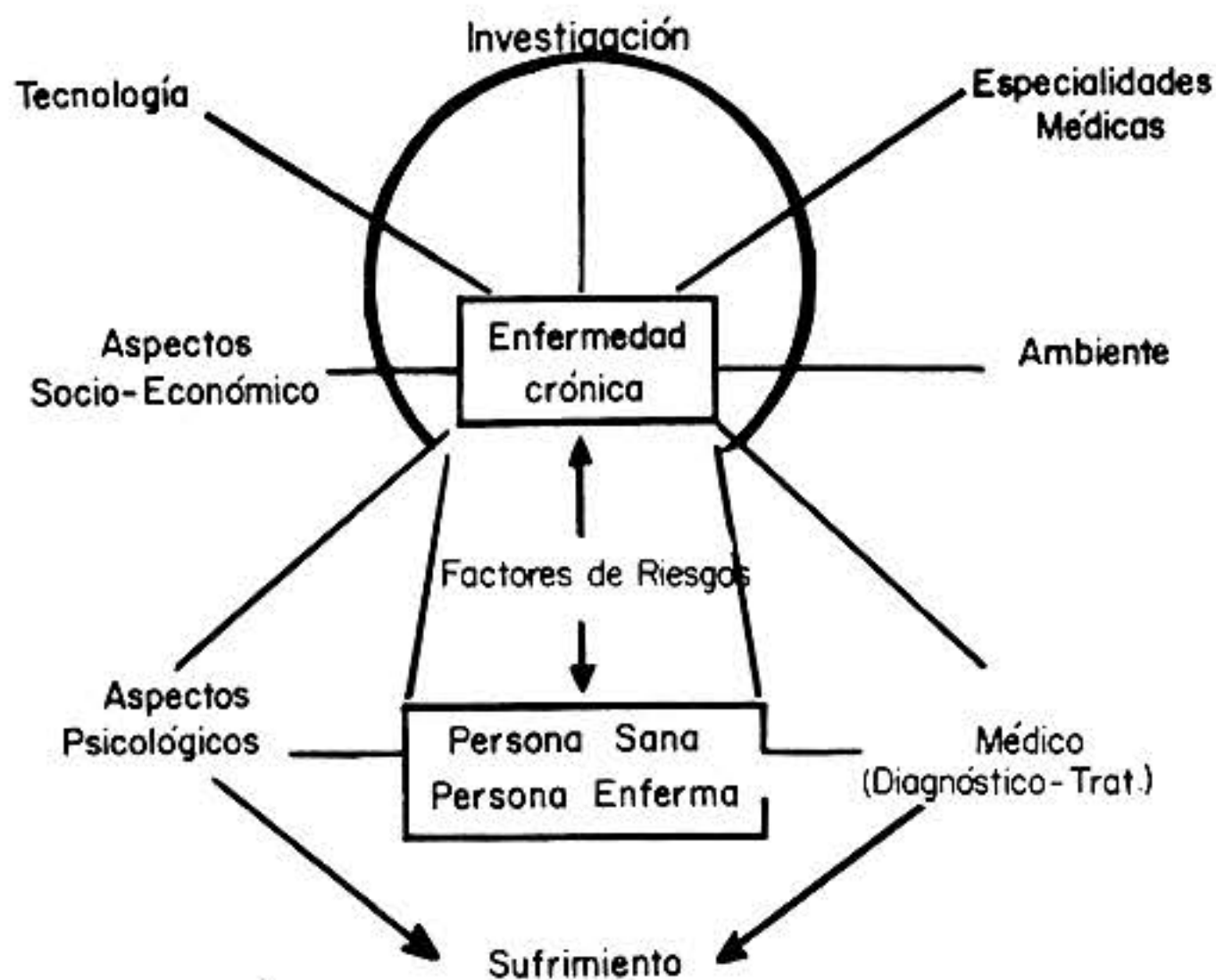
La persona sana puede estar sometida a diversas influencias que determinan la aparición de una lesión en uno o muchos órganos transformándolo en una persona enferma, una forma de evidenciarse es por características propias de la enfermedad crónica: Tales factores o influencias forma un cuerpo de etiopatogenia, también dichos factores sirven para diagnosticar, seguir la evolución, tratar o modificar la historia natural de la enfermedad que

al prolongarse la ubicamos como crónica, y por otra parte podemos predecir en algunas oportunidades cual va a ser el pronóstico de la misma. El conjunto de los hechos lo hemos denominado como **el contexto integral de la enfermedad crónica**, así factores como el ambiente con sus efectos nocivos (tóxicos) o beneficiosos, el desarrollo de la investigación científica para entender mejor el mecanismo de la enfermedad y los daños por ellos producidos, el incremento de la tecnología aplicada a través de las especialidades médicas modificando la intervención del médico y las decisiones por él realizadas, la repercusión de los aspectos socio-económicos en el cuidado del enfermo crónico; las reacciones psicológicas muy individuales emergidas en el paciente ante la presencia de la enfermedad biológica, todos estos eventos determinan 2 aspectos importantes a considerar como debe ser el abordaje y la conducta que debe seguir el médico para realizar un proceso diagnóstico y un tratamiento adecuado de las enfermedades crónicas y así aliviar al paciente del sufrimiento que representa para una persona padecer de tales disturbios y también conocer en profundidad lo bio-psico-social de estas enfermedades.

El objetivo de esta presentación es, no analizar los distintos detalles arriba mencionados que por otra parte pueden servir de base para otros temas dirigidos a estudiar en forma integral el problema; sino profundizar específicamente sobre los distintos aspectos propios del paciente, cómo y cuándo se instala y desarrolla en la persona una enfermedad que se comporta como crónica y que razonablemente la extrajimos del contexto integral para transformarlo en el contexto muy individual del paciente (ver diagrama 1), con el único objeto de conocer su sufrimiento.

Diagrama No. 1

CONTEXTO INTEGRAL DE LA ENF. CRONICA



La Enfermedad Crónica como problema de Salud:

Existe en la medicina contemporánea un fenómeno importante ya mencionado anteriormente y consiste en lo artificial de la clasificación de las enfermedades en el sentido de que las formas crónicas de las mismas pueden ser variables en su evolución y modificadas en su morbilidad y mortalidad. Esta variabilidad es debida al hecho de hacerse hoy un diagnóstico más preciso, y precoz y del control adecuado por largos periodos, lo que repercute en forma objetiva sobre la sobrevivencia mayor de la población. Las enfermedades crónicas más frecuentes, requieren de una Asistencia Médica de amplios recursos para establecer así la cobertura de la población enferma; pero se agrava el problema cuando sabemos que el espectro de acción se debe extender a la población sana, al considerarse todos los factores de riesgo que pueden prevenir la aparición de las mismas; en este sentido los avances y recomendaciones dadas son de una indudable consideración en los planes de conservación de salud de cualquier población.

Al mismo tiempo ningún cuidado médico es más complejo y urgente que aquel aplicado a la población de edad mayor, pues al tener una enfermedad crónica, lo puede llevar a la incapacidad con todas sus consecuencias individuales, familiares, sociales, económicas, etc. La población sobre 65 años ha aumentado del 4 al 11% en los momentos actuales en escala mundial. Algunas enfermedades han sido controladas (T.B.C., sífilis, etc.) pero otras han aumentado en frecuencia o son de reciente aparición (Cáncer, Enfermedades mentales, Enfermedades cardiovasculares, etc.). Las características de la patología crónica y su morbilidad, aunque de posible control, no dejan de constituirse en un problema que amerita solución en el presente y en el futuro.

Al médico moderno, se le presenta el reto, de estar cada vez mejor entrenado para enfrentar las consecuencias de orden socio-económico que significa la Enfermedad Crónica. La situación y reacción del médico de hoy es de una actitud en general de rechazo a todo lo que represente cronicidad; prefiere como lo hemos observado, la atención de las condiciones que se presentan en forma aguda, tal vez porque tiene más oportunidad de proporcionar cura, como sucede por ejemplo con las enfermedades infecciosas y por otro lado al no tener la actitud adecuada para atender al paciente incurable porque a veces indicar drogas en forma inapropiada y falla para diagnosticar enfermedades reversibles o no. Debemos afirmar que los esfuerzos del médico deben estar orientados en dirigir y prestar actos de salud en ambas perspectivas y que las prioridades son las atribuibles a la persona sana o enferma y no a las conveniencias del médico. Un corolario de lo anterior es decir: **el buen control de lo crónico, evita la tragedia de lo agudo.** El objetivo del médico es enriquecer la vida proporcionando salud más que tratar enfermedades específicas.

2) El paciente en el Contexto de la Enfermedad Crónica. (Contexto individual)

Cuando mencionamos los diferentes aspectos del contexto integral de la enfermedad crónica (Diagrama 1),

se señaló como soporte de esa generalidad al paciente o la persona sana, que por alteración de los factores de riesgos puede transformarse en un enfermo o agravar su condición preexistente. En el conjunto individual específico del paciente, se indicaron 2 aspectos fundamentales que intervienen, junto con la aparición de una patología, y de una enfermedad específica, y así curarse entonces el sufrimiento: la intervención del médico con su acción de diagnóstico, modifica los factores de riesgos y con el tratamiento, intenta aliviarlo. Todo ello es lo que constituye el cuerpo de hechos que ubican **al paciente, en el contexto de la cronicidad (Diagrama No. 2)** y cuyas características serán planteadas en forma breve en esta presentación y debe ser captada así solo para objeto de discusión, pero nunca sin dejar de estimar la importancia del resto de los contextos; pues solo con la integración de todos ellos es posible entender a cabalidad el significado de la cronicidad; estudiada a través del paciente, quien desea se interesen por él como un humano, que no quiere ser abandonado, que espera competencia profesional, que desea conocer y estar informado de su condición, que aspira el beneficio de la ciencia médica y de la tecnología; pero al mismo tiempo quiere entender a la medicina como arte y ciencia, como servicio público, no quiere ser marginado, quiere ser considerado con dignidad humana, hasta los últimos momentos de su vivencia.

La Enfermedad Crónica a través de la Historia:

Antes de introducir y explicar los eventos que se suceden en la Historia natural de una Enfermedad Crónica, es indispensable ubicarnos históricamente en relación con las patologías ocurridas en otras épocas y conocer por ejemplo que muchas enfermedades han desaparecido o son de mínima frecuencia actualmente; pero contrariamente han aparecido nuevas patologías. La Historia natural de cualquiera de ellas se ven modificadas por distintos factores. Se entiende hoy mejor la patogenia de ellas, por los avances de la Medicina Científica y si es verdad que la desaparición de muchas enfermedades se debe a los avances de la prevención de diagnóstico y tratamiento, también es verdad que la aparición de nuevas enfermedades son consecuencias del progreso del conocimiento médico y de la tecnología, a ello se agrega la desaparición y aparición de nuevos factores de riesgos, fenómeno esencial a conocer para poder entender en su exacta dimensión las raíces de esta realidad. La descripción de las enfermedades a través de los textos (Nosografía) son consideradas como simples "historias médicas" del pasado o del presente; pero lo más importante es lo que ocurre en el paciente en el contexto de la enfermedad que padece, que puede ser antigua o reciente y ella no es más que el lenguaje de su sufrimiento. La enfermedad le permitirá al paciente comunicarse con 2 entes, por una parte consigo mismo a través de lo psicológico y por otra parte con una persona denominada médico a través de los fenómenos clínicos. La captación de esta dualidad histórica individual le permitirá al médico comprender la esencialidad de lo anormal.

Historia Natural de la Enfermedad Crónica:

En el Diagrama No. 2, mencionamos la existencia de los factores de riesgos como primordiales en su influen-

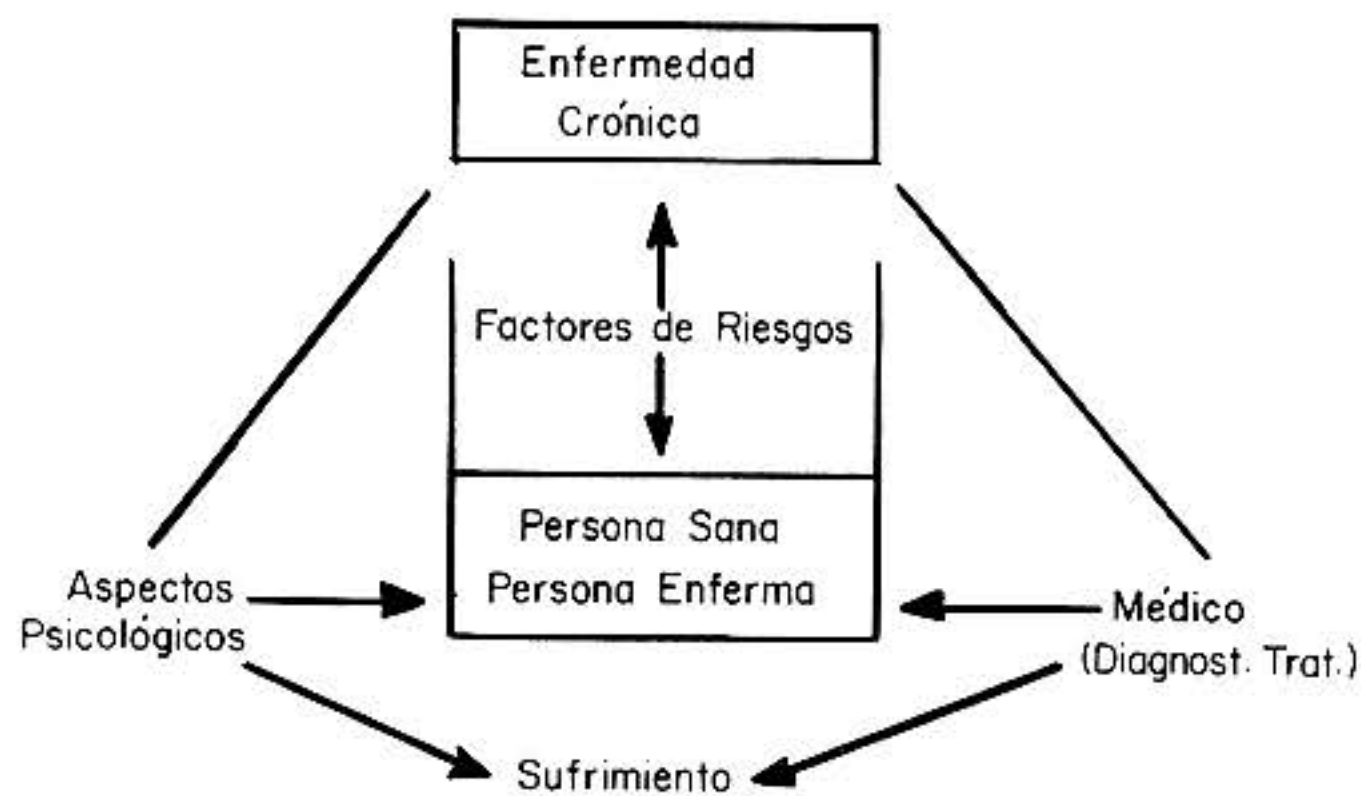
cia para transformar a una persona sana en persona enferma y se debe al papel que ellos desempeñan en desencadenar el fenómeno patológico a cualquier nivel de las alteraciones ya sea en el comienzo de la historia o en la evolución de lo anormal.

Al considerar la Historia Natural, de las enfermedades crónicas la abordaremos desde 2 puntos de vista. El primero en una forma más simple, y corresponde a la importancia del **factor de riesgo** en el desencadenamiento de las alteraciones y es lo que algunos autores han deno-

minado "**MEDICINA PROSPECTIVA**" (MP) y el 2º punto de vista es la forma más compleja, que envuelve el estudio de la enfermedad desde sus orígenes, considerando todos los factores biológicos esenciales, (genéticos, mecanismos fisiopatológicos bioquímicos, inmunológicos, etc.) así como las distintas reacciones psico-biológicas del enfermo y las variadas expresiones clínicas detectadas en primera y en última instancia por el médico. Todos estos factores son influyentes en el sufrimiento ocasionado por la enfermedad en los diferentes niveles del individuo.

Diagrama No. 2

PACIENTE EN EL CONTEXTO ENFERMEDAD CRONICA



Es esta la exacta dimensión que posee el paciente en el contexto de la Enfermedad Crónica.

La Medicina Prospectiva aplicada a la Enfermedad Crónica:

De acuerdo al Esquema No. 3 el desarrollo de la enfermedad, Medicina Preventiva (MP), al no existir el factor de riesgo, la persona permanece en la normalidad y no ocurre tampoco ninguna alteración aunque el organismo sea predisponente o vulnerable; pero ante la presencia de precursores de la enfermedad y los factores de riesgos, se desencadenan todos los mecanismos de producción de los síntomas y signos, propios de una reacción específica o no del organismo, pudiendo llevar a la incapacidad y al sufrimiento y estos ser preámbulos de la muerte. La medicina practicada más adecuadamente, de acuerdo a esta concepción sería la **prospectiva**, actuando sobre el control de los precursores y los factores de riesgo y en el caso más evidente sobre la clínica del paciente y sus consecuencias, siendo este último el espectro de acción de todo el cuidado médico. El futuro papel de la medicina, sería evitar el paso a la 2ª fase, conociendo en detalle y en la práctica los determinantes de la 1ra. fase. (Diagrama No. 3), reduciendo los factores

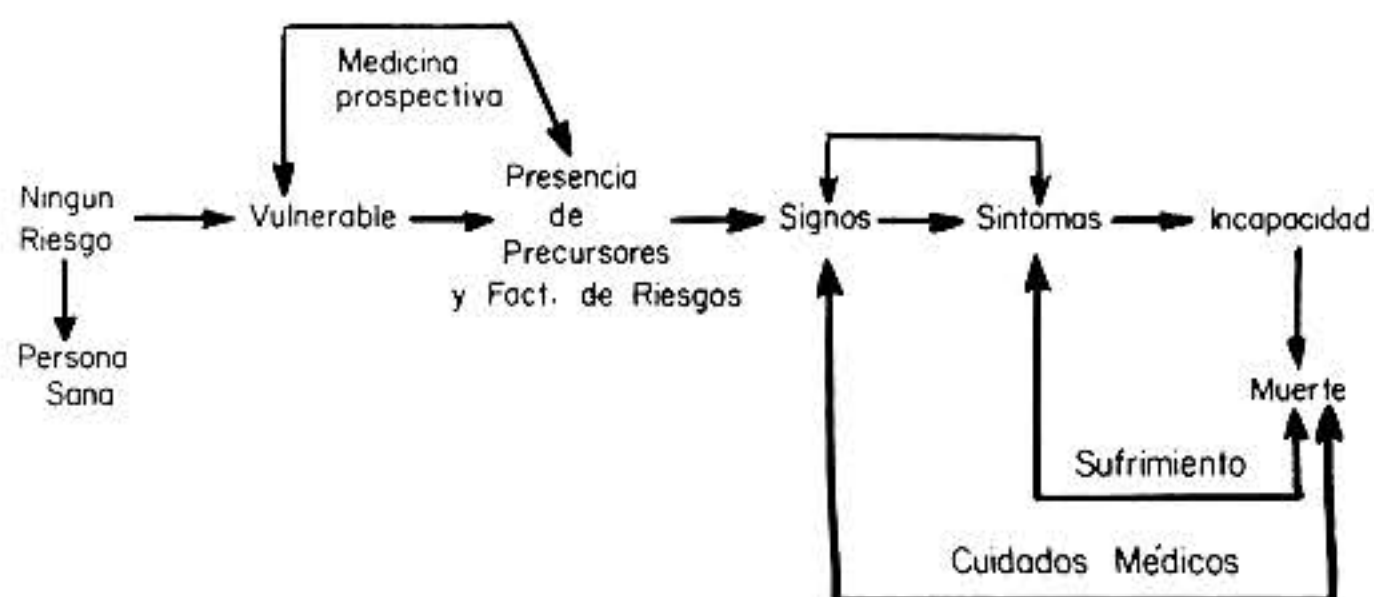
de riesgo asociados a las causas. En estas circunstancias se debe recurrir al principio de probabilidad, que no es más que la frecuencia como estos eventos inciden en la aparición de los problemas clínicos que ubican al paciente en un modelo individual más que característico. En este tipo de intervención del médico, puede ir de lo clínico a lo prospectivo y de probabilidad, de lo colectivo a lo individual. Para lograr los objetivos se debe actuar con un perenne contacto hacia el paciente. Salud se puede definir sociológicamente como un hecho personal, que no puede ser vendida o restringida. Representa la esencial libertad del hombre, porque la persona al tener plenitud de su capacidad funcional puede elegir por sí mismo. Al contrario la enfermedad, puede ser un proceso rápido o lento (Enfermedad Crónica) que limita al hombre desde los centros más internos de sus reacciones psico-biológicas hasta la incapacidad para actuar en el ambiente que lo circunda. De acuerdo a lo expresado, cada paso de desarrollo de la enfermedad tiene su probabilidad de ocurrencia. Los médicos deben adquirir la destreza de determinar y detectar los factores de riesgo y la influencia que ellos tienen en las específicas condiciones, con el objeto de reducirlos y para lograrlo debe el médico. 1) Conocer la relación de la edad con el factor de riesgo y la enfermedad

específica; 2) conocer el promedio del factor de riesgo; 3) saber seleccionar la intervención de riesgo más importante, aunque no puede llevarlo a una escala de 0,; 4) lograr siempre un mejor pronóstico; 5) informarse de los promedios de causa de muerte; 6) clasificar los grupos de enfermos de alto riesgo; 7) detectar la presencia de un precursor y por autoanálisis realizar los cambios diná-

micos que se suceden cada año en relación a las causas más frecuentes de enfermedades sucedidas en una área. Con este conjunto de conocimientos, el médico puede abordar el problema con una auténtica Medicina Prospectiva, que por otra parte forma, la esencia o núcleo de lo preventivo.

Diagrama No. 3

DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD
(Historia natural)



Niveles de alteración en EC y su presentación:

La segunda forma de estudio de la Historia Natural de la enfermedad crónica, es aquella que se analiza por niveles y de acuerdo a ello, existen 3 niveles fundamentales; (Diagrama No. 4):

Nivel I:

Que corresponde a los factores básicos constitucionales, donde se incluye la edad, la genética, la función celular, las interacciones hormonales, fisiológicas, bioquímicas e inmunológicas. Para algunos autores este nivel se puede denominar también "diatesis" biológica que permanece en homeostasis en condiciones normales.

Nivel II:

Tiene como característica la aparición y formación de los diferentes mecanismos fisiopatológicos productores de la alteración o disturbio, así como sus efectos a nivel molecular (receptores, cambios citoplasmáticos y nucleares), todo desencadenado por un agente etiológico. Biológicamente lleva al desequilibrio, al conflicto orgánico y a la pérdida de la Homeostasis.

Nivel III:

Constituido por el conjunto de manifestaciones clínicas (síntomas y signos), detectadas por el médico y que son la base de una elaboración intelectual del médico, armonizados en su secuencia por la **estricta observación científica** y que lleva a la descripción de la enfermedad

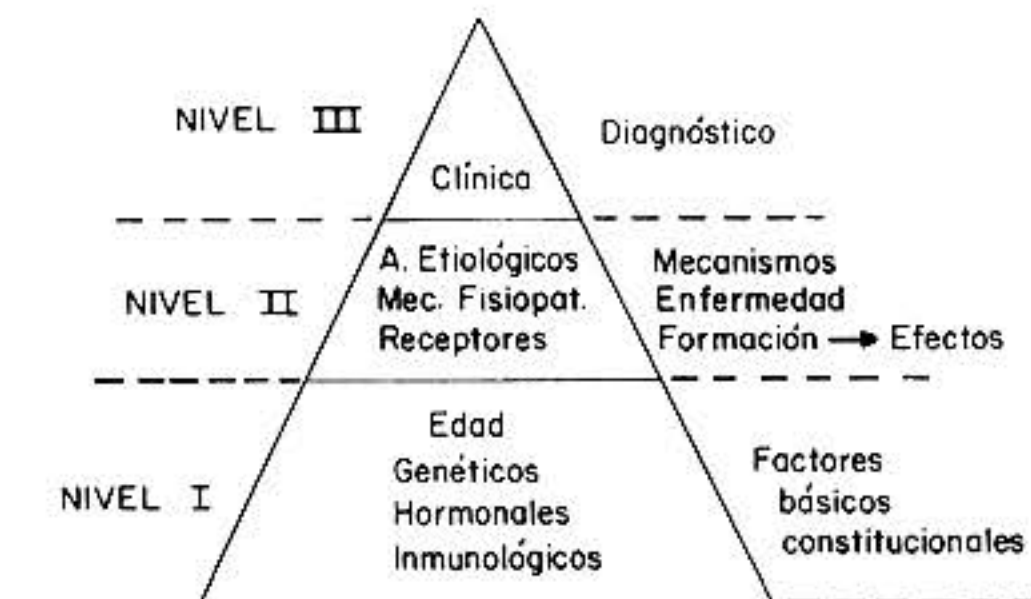
desde un punto de vista nosográfico. Es el nivel de diagnóstico, núcleo de la Nosografía y de las decisiones médicas puras.

Esta metodología de profundizar en el conocimiento de la enfermedad, desde un punto de vista biológico tiene variantes y repercusiones de reacciones individuales de otro tipo como es el componente psicológico. Ambos aspectos serán comentados a continuación:

En relación a las **variantes** se pueden presentar 3 alternativas que a continuación se desglosan.

Diagrama No. 4

NIVELES DE ALTERACIÓN EN HISTORIA NATURAL



Variante I: (Diagrama No. 5)

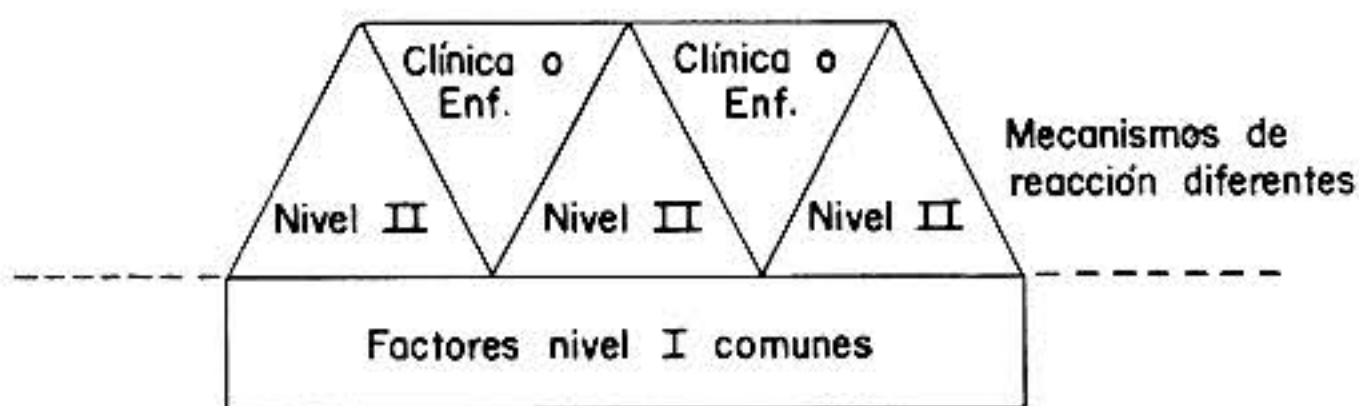
En estas circunstancias los factores del Nivel I son comunes, pero produciendo mecanismos y clínica diferentes. Aquí se considera un número de antecedentes dependientes del enfermo y su biología y aunque multifactorial permanecen común en relación a los niveles II,

III, por lo tanto cada paciente tiene cada uno mecanismos y manifestaciones clínicas diferentes, enfermedades diferentes porque no todos tienen la misma combinación de factores. Por eso algunas enfermedades tienen distintas formas biológicas (clínicas) de expresarse, y de allí que no hay enfermedades en sí, sino personas enfermas.

DIAGRAMA Nº 5

VARIANTES EN LA HISTORIA NATURAL

I



Variante II: (Diagrama No. 6)

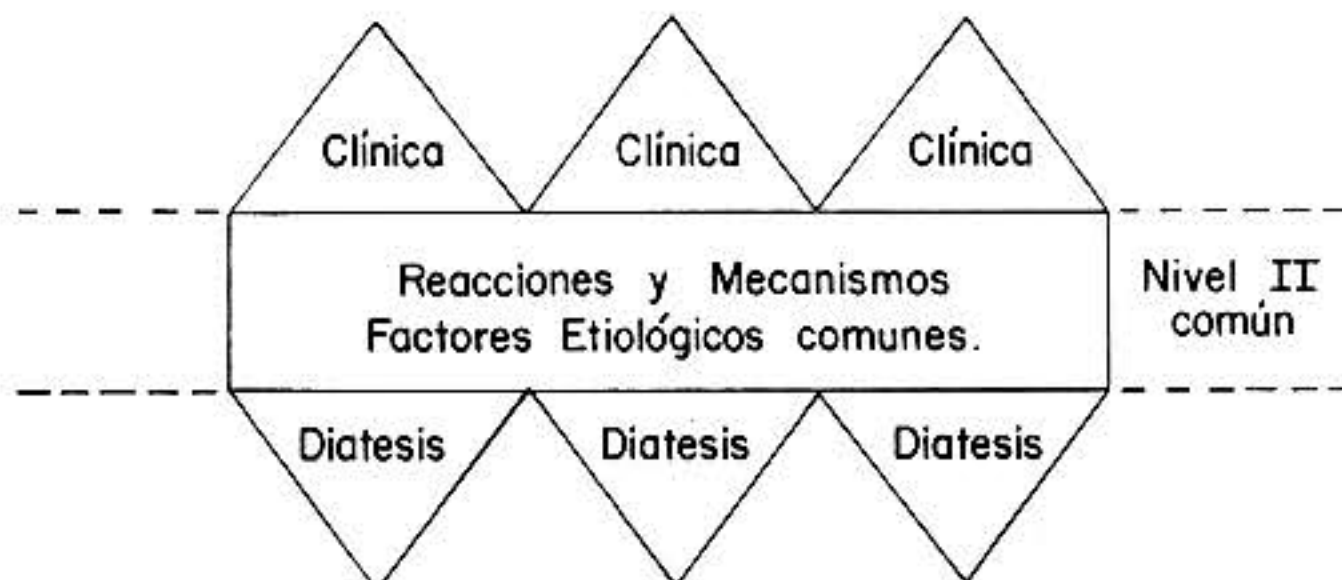
En esta situación, las reacciones y mecanismos fisiopatológicos, los disturbios producidos y los factores etiológicos, incluyendo los mecanismos efectores a través de los mediadores químicos y celulares (Prostaglandinas, kininas, complemento, reacciones bioquímicas e inmunológicas) permanecen comunes, pero produciéndose en

distintos tipos y variaciones del Nivel I (diatesis) para producir a su vez distintas manifestaciones en el análisis clínico de síntomas y signos. Es bueno recordar, que el Nivel II aún siendo común, puede tener 2 componentes, como son la formación más precisa de la enfermedad en sus más internos mecanismos (Nivel IIa) y los efectos de esos mecanismos a través de todos los mediadores mencionados (Nivel IIb).

DIAGRAMA Nº 6

VARIANTES EN LA HISTORIA NATURAL

II



Variante III: (Diagrama No. 7)

Donde se presenta una **clínica común** (Nive III), pero con Nivel I y II diferentes en su desarrollo. En esta ocasión, la forma de presentarse la enfermedad puede ser mono, oligo y polisintomática pero común a muchas enfermedades y aquí el médico al considerar al paciente se le presenta el gran reto del diagnóstico diferencial. Esta variante es de mucho interés por 2 razones: **Primero:** porque el médico debe recurrir a la elaboración de una Historia Médica Integral, capaz de proporcionarle todos los datos que le permitirán penetrar en el conocimiento de los otros dos niveles en ese mismo paciente y poder realizar un Diagnóstico Diferencial en base también científica y **Segundo:** Evidencia que la clínica común, de muchas enfermedades, pone de relieve con más solidez las tan trajinadas, pero auténtica aseveración: existe una persona enferma y no solo enfermedades. "Hay enfermedad y enfermos", definen la proyección de este concepto; así expresamos que la Enfermedad es solo el espejo de hechos más importantes, representa dos los el disturbio general sucedido. Ya completado el esquema general de **Niveles y Variantes** en la Historia natural de la enfermedad crónica, haremos algunas consideraciones generales dirigidas a consolidar y aclarar lo ya dicho.

De aquí que el criterio mantenido de que cada enfermedad puede ser una entidad distinta, de causa y terapia precisa debe ser revisado; quizás será mejor en el futuro hablar de reacciones tisulares con diferentes

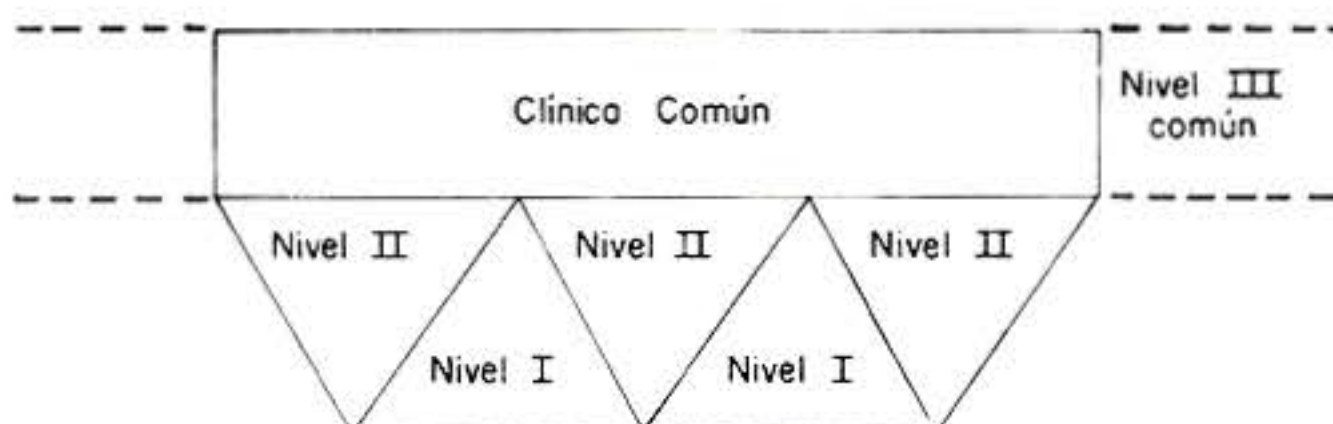
niveles de fenómenos biológicos y por lo tanto con un diagnóstico heterogeneo para cada persona. De acuerdo a lo anterior la Nosología o Nosografía debe revisarse como cuerpo de conocimientos y es la multireacción la base del entendimiento propio de los fenómenos ocurridos. Ya nos extenderemos, más adelante en relación a las reacciones de la persona enferma, como la esencia de esta consideración. La enfermedad no siempre tiene una unidad causal y es solo un evento probabilístico, produciéndose y desarrollándose en su historia en diferentes etapas o periodos, pero casi siempre interconectados. La nosografía es solo la parte evidenciable y final de los acontecimientos.

Los niveles y sus variantes pueden en cualquier circunstancia ser aplicadas al estudio integral de las enfermedades y de las reacciones mencionadas. Basta la presencia multifactorial de los estímulos desencadenantes, sean estos perteneciente o no a la persona que tiene el sufrimiento para que se sucedan los pasos explicados. Se debe entonces interpretar, en este momento que el **método prospectivo** (preventivo en relación a los factores de riesgos) puede interconectarse al método de estudio por niveles y variantes, porque lleva así a diferentes finalidades de diagnósticos, no de enfermedad, sino de etapas y fenómenos psico-biológicos de la enfermedad, con consecuencias en el tratamiento, que no estará dirigido solo a la enfermedad sino que será etiológico, sistemático, prospectivo, profiláctico y aún en otros aspectos que serán expuestos posteriormente.

DIAGRAMA N° 7

VARIANTES EN LA HISTORIA NATURAL

III



Análisis del Corte Transversal y Longitudinal en el estudio de la Enfermedad Crónica:

La descripción de las enfermedades o disturbios constituyen abstracciones intelectuales de los científicos y de los médicos, que son reconocidas y por supuesto diagnosticadas a través del recurso de la Nosografía. Recordamos aquí que es solo el Nivel III. Al desglosar y fragmentar este nivel por el juicio clínico lo hacemos con un **corte transversal**, y solo como período final, pero al

analizar las etapas y niveles, uno por uno, desde el inicio del daño estructural, anatómico, fisiopatológico con o sin base genética, con o sin etiología demostrable, llevando no a una clínica inicial o polisintomática y con el componente psicológico, estaremos abordando el problema con un criterio de **corte longitudinal**. El marco de la conjunción de los dos cortes, dará como resultado la plena integración de la patología existente de una condición crónica, y en este particular momento llegamos a la

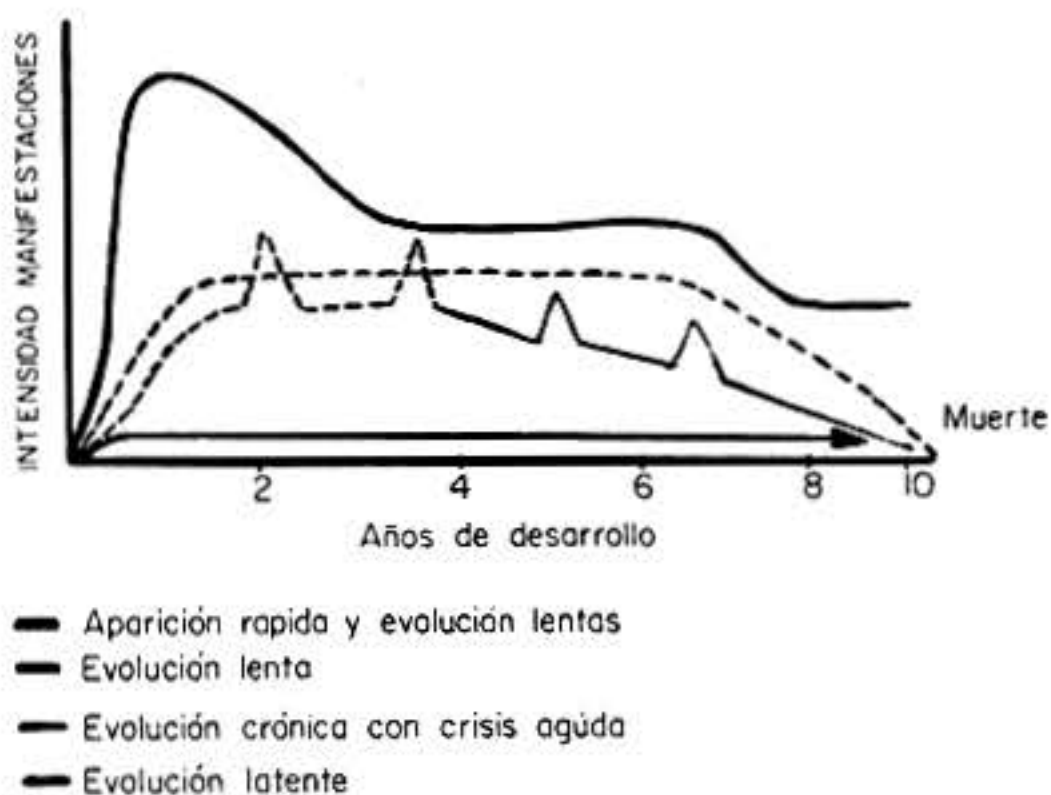
cúspide de la medicina como recurso holístico, para ayudar al hombre enfermo; con enfermedad y padecimiento, siendo este el verdadero y auténtico hecho vivencial reconocible y existente; con una proyección dual; una dirigida a todos los aspectos propios de la mente y cuerpo del paciente (físico-biológico) y otra dirigida a todos los fundamentos que rodean al paciente (ambiente). Ambas proyecciones tienen un punto de partida común y lo es la expresión clínica detectada por el médico (Diagnóstico clínico). Esta presentación solo se está refiriendo a la primera de ellas, queda la otra que por su complejidad y por ser también multifactorial merece ser desarrollada como tema de reflexión separada.

Formas de Evolución de la Enfermedad Crónica:

Después de los acontecimientos estructurales y celulares, la enfermedad puede ser evidenciada clínicamente o no y el médico en ese momento la puede detectar por sus diferentes métodos de estudio, empezando fundamentalmente con la Historia Médica y subsecuentemente con otros recursos de la tecnología, cuando ellos están auténticamente indicados. Existen variadas formas de presentación y de evolución de la EC en el tiempo en que ese diagnóstico se realizó por vez primera por el médico. Hagamos breves comentarios sobre este tipo de análisis. (Diagrama No. 8).

Diagrama No. 8

PATRONES DE LA EVOLUCIÓN CLÍNICA ENF. CRÓNICA



- 1) La EC puede tener una aparición rápida en forma aguda de comienzo, pero posteriormente sigue una evolución crónica en función temporal, y permanece constante o variable en sus manifestaciones pero sin llegar a tener nuevas crisis aguda.
- 2) La EC aparece en forma de pocos síntomas y en evolución progresiva, estos síntomas pueden aumentar en número, calidad e intensidad y permanecer en esa vía por años, sin mayores cambios.

- 3) La EC tiene también una aparición lenta y permanente como la anterior; pero después de establecidas, suceden crisis agudas periódicas para caer de nuevo en la cronicidad.
- 4) La EC permanece **latente**, sin expresión clínica mayor, es lo que algunos autores han denominado período o estado **lantánico** de la enfermedad crónica (Feldtein), esta forma es la más difícil de diagnosticar y solo tiene expresión por detalles clínicos a los cuales el médico debe estar alerta y puede ser referida a las características de Nivel II. Las diferentes formas de interconectar estos datos en los tipos de evolución de la enfermedad crónica, es lo más comúnmente observado; así una forma lantánica puede pasar a expresarse por una clínica permanente; una enfermedad que evoluciona por episodios agudos, puede permanecer por el resto de su evolución sin nueva agudización, y seguir siendo crónica; por lo tanto la principal característica de estos patrones es de no ser fijos y por supuesto ya dejan de ser "**patrones**", de allí la importancia de la observación del médico para estar alerta a esta flexibilidad clínica. Como se explicó la EC en esta etapa, tendría solo el corte transversal (Nivel III), pero es bueno recordar que la profundización longitudinal (Nivel I, II) y el detenido análisis del médico en cada circunstancia, hace indispensable recordar que la Medicina Científica actual, la tecnología y los conocimientos progresivos de la misma, han modificado la historia natural de la enfermedad, realizándose diagnósticos más precisos que van desde el diagnóstico molecular, estructural, hasta llegar a las formas modernas de tratamiento; el diagnóstico es mucho más precoz, la profilaxis se hace con base más racional, el conocimiento estadístico e individual de los factores de riesgos son mejor entendidos y aplicados con resultados beneficiosos; no obstante como decíamos al comienzo si es verdad que con todo ello han mejorado los índices pronósticos y de supervivencia; con excepción de las enfermedades infecciosas y traumáticas, la mayoría de las Enfermedades Crónicas tienen control, pero son incurables y existe mayor oportunidad para que aparezcan nuevas enfermedades en ese mismo individuo o población y así la situación de la cronicidad se constituye en un verdadero reto a la medicina de hoy; porque estas enfermedades si no son curadas en su evolución indefectiblemente llevan a la muerte. Se puede establecer entonces un intento de clasificación dinámica de las enfermedades crónicas de acuerdo a lo dicho en este párrafo.

Se pueden dividir en 2 grandes grupos:

- 1) **TIPO GENETICO:** Con 2 variantes de evolución:
 - a) Permanece **latente** durante toda la vida y el individuo es aparentemente normal desde el punto de vista de salud (Nivel I).
 - b) **Con manifestaciones tardías**, que aparece como una complicación (Nivel I, II, III).

2) TIPO ADQUIRIDO:

- a) Latente o latente (Nivel I, II)
- b) Con evidencia clínica (Nivel I, II, III)
- c) Con manifestación clínica al final (Nivel I, II, III)
- d) Con manifestaciones que incapacitan al paciente en forma progresiva (Nivel I, II, III)
- e) Con complicaciones como sola manifestación de la enfermedad (niveles variables).

El sufrimiento como Epiagnóstico: (Diagrama No. 9)

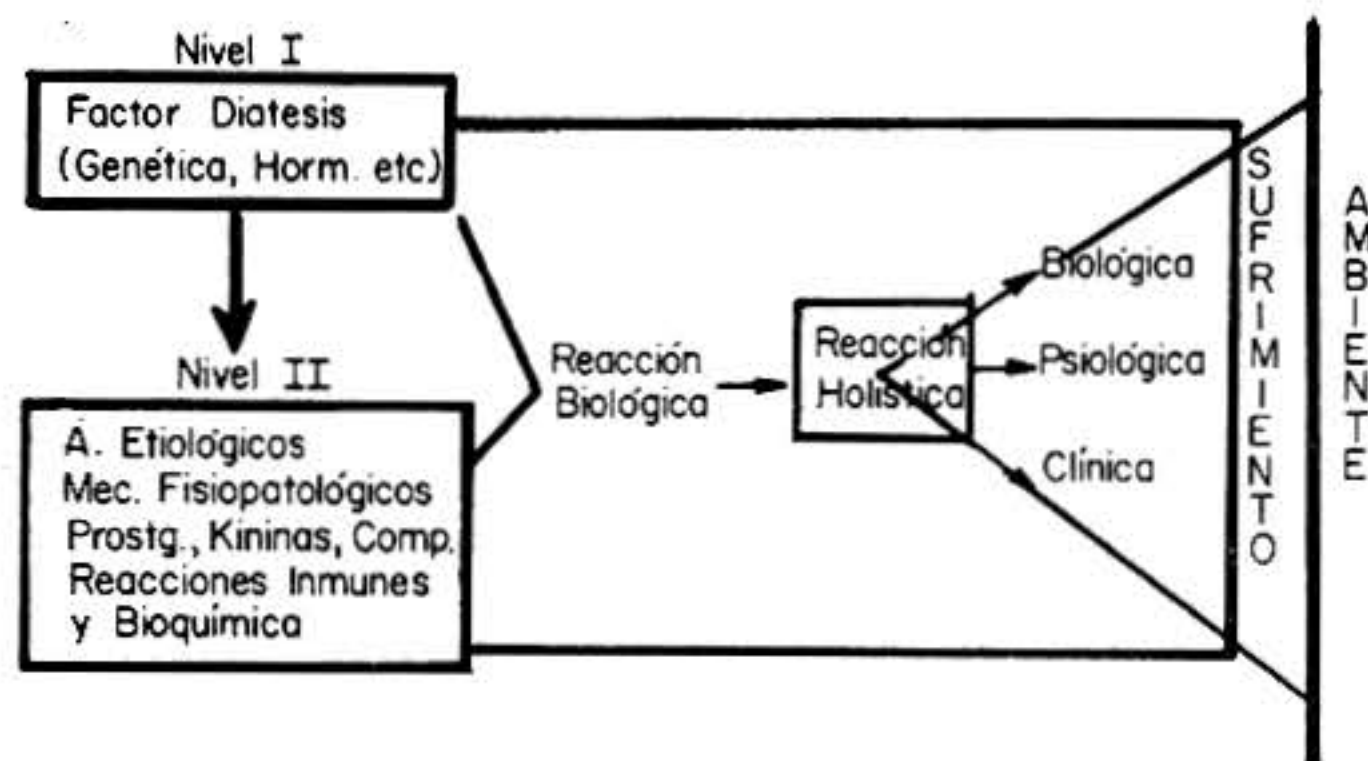
El resultado común de las alteraciones sucedidas en los niveles I (Diatesis) seguidos por el Nivel II (etiología, mecanismos fisiopatológicos, y cambios estructurales) van a llevar a una situación muy especial de reacciones biológicas muy importantes a discutir y es porque mucho antes de que el clínico tenga la oportunidad de determinar por sus métodos la existencia de la enfermedad, se establecen un grupo importante de reacciones de variadas categorías cuya repercusión sobre el individuo van a dirigirse a una reacción común, con una matriz esencialmente particular y que no es más que la forma conjunta de reaccionar ante todas las demás y que en forma muy particular la hemos denominado, **Reacción Holística**.

La secuencia de producirse cambios variados en un ser humano, puede nacer de la raíz propia de la enfermedad, en este caso lo biológico. El ser humano en estas circunstancias no atiende a las consideraciones externas, sus centros internos de reacción le son propios, aún antes de constituirse en un enfermo clínico. El enfermo es quien verdaderamente produce, lo que externamente se llama enfermedad (ente intelectual creado por los estudiosos de la salud del hombre). Así entonces el hombre alterado por la presencia de la llamada noxa, le hace crear 2 tipos de comunicación, la 1ra. inicial y la más importante, emergida en la misma esencia del hombre y es la interrelación entre la persona y el daño sufrido silencioso, perturbador, inconsciente para el exterior; pero determinante para los estímulos de los centros orgánicos y psicológicos y esto lo denominamos el mensaje de la enfermedad, únicamente vivenciable para la persona. La 2da. comunicación muy secundaria, y sucede posteriormente, es cuando la Reacción Holística es tan intensa en su conflicto psico-biológico que requiere ayuda para su solución. En ese momento la persona con el disturbio se transforma en verdadero enfermo en su denominación convencional, hace posible la interrelación médico-paciente y específicamente desarrolla la fase transferencial, pero cuyas características y propiedades son producidas esencialmente por el enfermo y posteriormente proyectadas al médico. Repetimos una vez más, solo nos ocupamos siempre en esta oportunidad del enfermo en su contexto íntimo y no de su comunicación exterior. Al referirnos a lo interno, hacemos referencia al espectro amplio de la **Reacción Holística** mencionada, cuyo punto de partida es la **reacción biológica**. Los componentes de la Reacción Holística son 3 fundamentalmente: uno biológico, uno psicológico y un tercero representado por la clínica de lo biológico, representa la pérdida del equilibrio, de la homeostasis, a nivel de molécula, célula u órgano y con

imposibilidad por parte del organismo de realizar un control, constituye el **sufrimiento biológico**. Lo clínico representa la expresión exterior y la etapa de evolución final, hecho a través de muchos síntomas y signos y entre muchos de ellos el dolor físico y es el **sufrimiento físico**. El 3er. componente es en relación a lo psicológico, tan importante como los otros, es el resultado de la evolución de la enfermedad crónica. Haremos algunas consideraciones al respecto: Se conocen varias formas de cambios de lo psicológico en los enfermos: El primero está constituido por aquellos que acompañan a las llamadas enfermedades psiquiátricas propiamente dicho. El segundo, cuando el origen del problema es primariamente psicológico. Ocasionando repercusiones orgánicas sobre los centros biológicos propios de la célula y órganos, alterando su fisiología y por supuesto con expresión clínica y el tercero representado por las reacciones psicológicas provenientes de alteraciones orgánicas específicas primarias, es esta última la que tiene que ver con el problema postulado en este trabajo y que unido a los sufrimientos anteriores hemos denominado **sufrimiento psicológico**. Al profundizar un poco sobre este último, es conveniente mencionar que debemos los médicos aprender más de las reacciones de los enfermos que de las enfermedades, estas últimas se suceden en forma distinta en cada oportunidad pero no por ella misma, sino por los distintos tipos de reacciones acontecidas. La nosografía es un complemento y una consecuencia de lo primario (Reacción Holística), no a la inversa y saber sobretodo que es a través de dichas reacciones como se presenta la enfermedad crónica para un enfermo y el sentido que tiene esa condición para la persona. De acuerdo a los estudios realizados por diferentes autores en relación a lo psicológico en enfermedades crónicas, se extrae como conclusión lo siguiente:

- 1) No está claro la existencia de una personalidad premórbida, con predisposición a la aparición de ciertos tipos de enfermedades crónicas (artropatía, diabetes, cáncer, Insuf. Renal, dermatopatías, etc.).
- 2) Existe una relación directa entre la severidad y deterioro físico de la enfermedad y la aparición de las manifestaciones psicológicas.
- 3) Los enfermos crónicos obtienen, en función del tiempo una adaptación psicológica, ajuste y compensación que va en relación directa con el conocimiento por parte del enfermo de su condición y pronóstico. Por encima de un tiempo de 4 meses, el paciente puede obtener ese ajuste. Este último evento se logra porque el paciente tiene recursos para realizar una respuesta y considerar la enfermedad crónica como un hecho ordinario de su vida. Indudablemente que la edad de aparición es un factor importante para la adaptación.
- 4) La aparición de angustia, depresión, alteraciones de las emociones negativas y otros eventos psicológicos, los tienen pacientes severamente lesionados o incapacitados, pero a pesar de ello se mantiene invariable el status psicológico, que no parece ser tampoco independiente de otras reacciones, pero que a pesar de su intervención en la psico-patogenia, el

Diagrama No. 9



enfermo crónico se eleva como una personalidad tolerante y con una inmensa capacidad para el sufrimiento.

Al urgar sobre los pensamientos, sentimientos y reacciones psicológicas se las pueden integrar al formar parte de un universo no fácilmente evidenciable, pero que forma parte de la enfermedad y su control puede llevar a cambios en la historia natural de la misma. El conocimiento de los factores psicológicos individualmente considerados dan luz sobre la patobiografía que tiene o no relación con la enfermedad. Los que tiene importancia en enfermedades crónicas son ubicados esencialmente en el área psicofisiológica y en disturbios de la afectividad; la depresión, las reacciones fóbicas, insomnio, anorexia, disminución de la libido, diversas quejas somáticas e ideas suicidas. La naturaleza de estas manifestaciones no dependen de la presencia de la enfermedad, sino de la percepción reactiva individual al disturbio y por lo tanto constituye una respuesta emocional a la cronicidad. Puede existir una respuesta cognitiva, representada por lo que piensa la persona de su enfermedad, estableciendo él mismo sus mecanismos de defensa y la estrategia de lucha, pero a la vez, piensa y desea saber cómo va a ser ayudado. Los enfermos crónicos al conocer su enfermedad, sentida e interpretada inconcientemente, tienen negación y se deprimen con facilidad al sucederse recaídas o episodios agudos dentro del contexto evolutivo de la enfermedad crónica, no pasa lo mismo con los enfermos que conocen poco de la enfermedad ya que este tipo de personas recurren a los mecanismos de centros o núcleos psicológicos, dominio de la psicobiología a través de las endorfinas; tema este último que requiere más estudio e investigación en el futuro. La respuesta en los que tienen mediana información sobre los factores de riesgos y de modificación de hábitos, son los que de ninguna manera reaccionan, ya que ni por sí solo se suceden los fenómenos psicodinámicos, ni actúan o no existen las endorfinas. Por lo tanto cada individuo es diferente y el médico con su información sobre su condición, pronóstico y tratamiento, facilita la creación en el paciente de un estilo

de lucha en contra de su mismo sufrir y evitar en la misma forma una respuesta adecuada de comportamiento. En anteriores consideraciones habíamos mencionado que la presencia de la libertad del paciente, se hace ahora dependiente, con sus disturbios, de aquellas personas que desean ayudarlo del por qué con sus creencias comportamientos, prejuicios y distintas formas de tratamiento recibidos para evitar la incapacidad, lo hacen dudar de su expectativa de vida. En meses o años de atención médica a estos pacientes; las consultas al médico no tienen que ver con la enfermedad, sino que tienen que ver con lo silente y sobresaliente de ese enfermo en ese momento y es las partes o la suma de los sufrimientos sean ellos biológicos, psicológicos o somáticos lo esencial de detectar por parte del médico, para realizar el epidemiológico de ese sufrimiento total. El sufrimiento, como totalidad de alteración en la integridad de la persona, representa una abstracción identificable solo si ella es percibida no como el dolor físico o psicológico, sino como una infinita experiencia que se ha hecho permanente con un pasado, un presente y un futuro del mismo paciente. El médico simboliza a la Medicina y estará en su responsabilidad y reto poder interconectarlo con factores que depende por una parte de su acción y por otra ser el intermediario entre la presencia de ese sufrimiento y todo el contexto ambiental capaz de modificarlo o eliminarlo.

Consecuencias de una EC sobre la persona enferma:

Son variadas las consecuencias que sobre el enfermo ocurren al padecer una EC, representadas esencialmente por el daño físico, la incapacidad funcional (daño funcional) y la restricción de actividades; dentro de cada uno de ellas existen múltiples formas de secuelas y complicaciones dependientes o no de la enfermedad básica. Cualquier enfermedad crónica puede producir los daños mencionados, haciendo más complejo al problema a medida que la alteración evoluciona en sus diferentes formas como ya fue mencionado. El enfermo sufre igualmente porque percibe la indiferencia del médico, de atender condiciones crónicas, ya que tiene una actitud de negación

ante la frustración de no poder curarse. Al existir motivación propia tanto del paciente como del médico, se evita así la incapacidad en todas sus formas y se logra el ajuste psicológico individual para dirigir los esfuerzos hacia el paciente que tomará más conciencia de su propia condición.

EL MEDICO INTERNISTA Y LAS ENFERMEDADES CRONICAS (EC) .

Integración de fenómenos y aspectos de la EC:

El problema de salud de la EC, demuestra su complejidad cada vez mayor, debido a los factores mencionados al comienzo. Todos los médicos, sea cualquiera su actividad o especialidad se enfrentan con mayor frecuencia a la esencial tarea de atender enfermos de esta categoría, no existe el contexto particular del especialista, si este no entiende que no es el estudio del órgano enfermo lo que dá el sufrimiento total. Existe el órgano enfermo pero lo es solo para alertar al médico especialista, de que a través de él puede penetrar en el mundo de una personalidad que piensa, reacciona y sufre y no puede obviar la enfermedad en su expresión general. El médico Internista por su esencia, representa un médico capaz de lograr una integración en el orden del corte transversal y longitudinal del diagnóstico del multisufrimiento. Al lograr realizar un abordaje de ese tipo se exalta la condición de que la suma de los daños de los órganos no es representante de la verdadera enfermedad, es solo la integración lo que hace sobresalir la esencia de estar enfermo. Además el Médico Internista tiene una mayor oportunidad de observar el desarrollo de toda la enfermedad crónica al poder atender a pacientes de todas las edades desde la adolescencia.

Algunos problemas de la Enfermedad Crónica y la Función del Internista.

Problemas del adolescente: Se le presentan al Internista cuando termina la atención pediátrica y entonces el paciente es referido al Internista, para que este continúe su atención en el sentido de que el enfermo padece una enfermedad que ha sido crónica y va a continuar con las mismas características. El Internista debe tomar 2 actitudes importantes, por una parte entender que este cambio para el paciente representa un impacto psicológico porque va a pasar de ser considerado niño a una posición de adulto y el Internista debe tomar una posición, con el objeto de evitar cambios terapéuticos, a veces de diagnósticos o de conductas diferentes en los más variados aspectos de la actividad del adolescente. El Internista en una actitud de discreción, permitirá que el paciente se adapte a la nueva metodología de atención. En segundo lugar, el Internista debe revisar o adquirir los conocimientos sobre enfermedades crónicas de los niños que se prolongan hasta la edad adulta como son por ejemplo: enfermedades fibroquítica, congénitas, enfermedades metabólicas (tipo Diabetes I), etc. y así lograr una óptima atención adecuada en esta difícil edad de desarrollo psicológico.

Problemas de la Senectud: Son múltiples los problemas que se presentan al Internista en pacientes de

edad avanzada y están en relación con el deterioro progresivo estructural y fisiológico de los órganos, de los cambios mentales ocurridos, especialmente si se prolonga la vida hay mayor oportunidad de enfrentarse a la presencia de los estados demenciales y trastornos de conducta, los cuales deben ser analizados a la luz de los conocimientos que se tienen hoy en día de los cambios metabólicos y fisiológicos propios de dicha edad. Un aspecto importante a ser revisados es en relación a la Farmacocinética de las diferentes drogas a emplear en esta edad. Así como toda la problemática de la psicofisiología particular del paciente con avanzada edad y recordar que 4 de cada 5 ancianos, tienen más de una enfermedad crónica y que muchos síntomas y signos de esas enfermedades pueden enmascarar y ocultar otras complicaciones, haciendo más difícil la situación clínica porque se alteran los patrones nosológicos establecidos. El Internista debe estar alerta a estos disturbios característicos de dicho período de edad.

El Paciente Hipocondríaco: Una situación especial, es la presentada por el denominado Paciente Hipocondríaco. El Internista es un médico que por ser generalista en su análisis y síntesis, es requerido por este tipo de paciente, por ser de características asimiladas a la idea de que el Internista puede tener explicación única para toda la sintomatología que presentan estos pacientes. Se ubica como hipocondríaca a toda persona que tiene una preocupación y angustia por creer tener daño en su cuerpo y con temor de enfermedad en varios órganos y que persiste dicha idea a pesar de la evaluación. Difiere de la neurosis en que no hay ninguna pérdida de las funciones. El hipocondríaco, debe ser reconocido en la medida en que es analizado en sus quejas generales. Se caracteriza esencialmente por ubicar sus molestias casi siempre por debajo de la zona costo condral y de allí la denominación de la condición. Modernamente se considera el hipocondríaco en 2 aspectos: 1) Cuando existe una preocupación mórbida corporal o mental y 2) La queja siempre es proyectada psicológicamente hacia otras personas. La condición se considera como un síndrome y tiene 5 características para ser diagnosticada:

- 1) Inhibición del disgusto
- 2) Tiene un componente de ansiedad
- 3) Existe dolor psicogénico (mujeres)
- 4) Existe preocupación somática (hombres)
- 5) Existencia de un desordenado componente cognocitivo de la sintomatología.

El médico Internista tiene muchas oportunidades de atender a este tipo de personas ("paciente"), que simulan una enfermedad crónica y está condicionada la atención médica a una periódica y constante consultas.

Metodología Diagnóstica en Enfermedades Crónicas:

Las enfermedades crónicas pueden manifestarse en forma oligosintomática y polisintomática. Cuando el Internista, hace el estudio por corte transversal de la situación total del enfermo, se le puede presentar dificultades diagnósticas para el Nivel III. De acuerdo a esta razón

puede haber errores diagnósticos por no seguirse una metodología para aplicar el juicio clínico en forma de análisis al comienzo y de síntesis ulteriormente; además se le presenta la etapa de tener que tomar decisiones y por otra la necesidad en varios momentos de la evolución de realizar el diagnóstico de 1 o más enfermedades crónicas. Con el objeto de cumplir racionalmente ese objetivo, se recomienda seguir los siguientes pasos:

- 1) Agrupar los datos o hallazgos por patrones
- 2) Seleccionar de los anteriores los datos de mayor importancia
- 3) Elaborar una lista de causas para explicar dichos datos
- 4) Reducir la lista de causas después de un análisis y de diagnóstico diferencial de las causas
- 5) Seleccionar el Diagnóstico (Labor Intelectual)
- 6) Convalidar el Diagnóstico.

Siguiendo este método de análisis a la síntesis, las posibilidades de error son mínimas. El Médico Internista y el aprovechamiento de sus servicios serán de mucho mayor consistencia y su juicio clínico tendrá mayor creencia, confianza e información en el momento de las decisiones subsiguientes de la terapéutica. El Internista, al extender las consideraciones diagnósticas no se conforma con realizar el Diagnóstico de enfermedad, sino que al comprender en profundidad los tipos de reacciones holísticas ya ampliamente discutidas puede realizar lo que se ha denominado de **Doble Diagnóstico**, que consiste en interconectar el Diagnóstico propio de la enfermedad con todas las posibilidades de alteración en el paciente tanto en el terreno psicofisiológico como en el ambiental. Es responsabilidad del Internista demostrar que siempre debe hacerse un **metadiagnóstico**.

Problema real evidencia de que el estudio de necropsia se realiza cada vez menos, como un fenómeno que está ocurriendo en forma general en todos los hospitales. Múltiples razones se han enumerado para explicar el por qué de esta situación; una de las más importantes parece ser que la tecnología y los avances médicos hacen diagnósticos precisos antes de la muerte de los pacientes, no obstante estudios recientes demuestran que del 10 al 15% de las necropsias realizadas, revelan diagnóstico de enfermedades que no fueron detectadas en el pre-mortem y que dichas enfermedades fueron la causa de muerte. Además ha servido también para demostrar en forma objetiva la disminución de muchas enfermedades y la mayor frecuencia de otras, lo que indica el error de no indicar el estudio de Necropsia. Por otra parte la necropsia, aún coincidiendo con los diagnósticos pre-mortem revela los cambios estructurales, anatómicos histopatológicos que analizamos en retrospectiva, completan el entendimiento del contexto de la enfermedad crónica esencialmente reveladora para explicar lo no pensado, lo no diagnosticado, lo no tratado en la dimensión de lo Holístico, función básica del Médico Internista.

CONCLUSIONES:

- 1) Parte del contexto de la Enfermedad Crónica en una persona (enfermo) es **indivisible** de los otros contextos

y se establece la importancia de la Medicina Prospectiva.

- 2) Se hace necesaria los niveles de conocimiento de la Enfermedad y su **Historia Natural**, así como las variantes posibles.
- 3) Integración de los cortes longitudinal y transversal de la Historia Natural, para conocer la totalidad del sufrimiento.
- 4) Importancia de las formas de evolución de la E.C.
- 5) El sufrimiento como epidiagnóstico de la alteración en lo Holístico (Biológico, Psicológico, Físico) como un complejo del sufrimiento.
- 6) Lo psicológico como sufrimiento tiene sus explicaciones en E.C.
- 7) La responsabilidad que tiene el médico de ayudar a este tipo de pacientes con E.C.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BALINT, M - El Médico, el paciente y la enfermedad Edit Libros básicos pp 105-122, 1961
- 2 BARBERO, G L - Leaving the Pediatrician for the Internist Ann Int Med 96, 673-674, 1982
- 3 BOLLETT, A J - The rise and fall of disease Am J Med 70, 12-16, 1981
- 4 CASELL, E J - The nature of suffering and the goals of medicine N Engl J Med 306, 639-644, 1982
- 5 CASSILETH, B R et al - Psychosocial status in chronic illness N Engl J Med 311, 506-511, 1984
- 6 COLLINS, J A - Clinical Judgement versus Laboratory N Engl J Med 306, 957, 1982
- 7 DIAMOND, E A ; FORRESTER, J S - Metadiagnosis, an epistemologic model of clinical judgement Am J Med 75, 129-137, 1983
- 8 EDDY, D M ; CLANTON, M D - The art of diagnosis N Engl J Med 306, 1263-1268, 1982
- 9 FEINSTEIN, A R - Clinical judgement Williams & Wilkins Company Baltimore, 1967
- 10 FISSEL, W J - The nature of Gellness and diagnosis Am J Med 75, 555-560, 1983
- 11 GILLET, M C - Is the care of the chronically ill a medical prerogative? N Engl J Med 310, 190-193, 1984
- 12 GOLDMAN, L et al - The value of the autopsy in three medical eras N Engl J Med 333, 1050-1055, 1983
- 13 HASLER, J ; SCHOFIELD, T - Continued care The management of chronic disease Publications Oxford Medical Publications 1984
- 14 HURST, J W - Osler as visiting Professor: House Papers Six Skills Ann Int. Med 101, 546-549, 1984
- 15 LISAMSKY, E T ; SHOCHET, B R - Comprehensive Medical Diagnosis for the Internist Med Clin North Am 51, 1381-1397
- 16 MURRAY, G B - Hipocondriasis In Psychiatric Medicine Update Ed Elsevier New York, 1979
- 17 PEREZ GUEVARA, J M - Teoría del diagnóstico en Medicina Trabajo de ascenso a Profesor Asociado UCV 1980
- 18 POPPEER, H ; SELIKOFF, I J - What is Environmental Pathology? Am J Med 70, 218-220, 1981
- 19 ROBBINS, L C ; HALL, J H - Prospective Medicine In textbook family practice by Rakal Re and Conn H F , W B Saunders Comp pp 160-174, 1978
- 20 SMITH, L H - Medicine as an Art In Cecil Textbook pp 1-4 Ed 1985
- 21 WILLIAMS, M E - Clinical implications of Aging Physiology Am J Med 76, 1049-1054, 1984