

EL PROCESO DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Compilación:

Dr. E. Víctor De la Rosa Morales

Neurólogo Pediatra Maestro en Ciencias de la Salud Pública

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, con todos los elementos disponibles, desde luego sin perder de vista la importancia y trascendencia de la historia clínica, así como en algunas ocasiones con apoyo de estudios paraclínicos se cuanta con otras dos situaciones inmediatas a resolver, la primera es, como revertir el estado morboso detectado o encontrado en el paciente y de manera lógica como resultado, limitar el daño.

El otro es, no menos importante, relacionado con el curso clínico de la enfermedad, donde se solicita contrastar la evolución natural y la evolución de la enfermedad con la intervención médica, es decir, tener que decidir, si de acuerdo a la información recabada y analizada o que se tiene dentro del diagnóstico integral, el paciente requiere o se beneficia de la intervención médica, o incluso aún más allá, que tan útil es uno u otra de las intervenciones que se le ofrece en el momento de la atención. Todo el proceso anterior, se sintetiza en un concepto que se denomina TRATAMIENTO.

De aquí, y tomando los conceptos de Sackett se deben analizar las tres decisiones que determinan la actuación médica en el sentido de ofrecer al paciente un tratamiento racional y principalmente útil.

1. Establecer con claridad el objetivo del tratamiento, tener bien claro si con la terapéutica que se va a establecer, el paciente obtendrá curación (restauración del daño, por ejemplo en bronconeumonía) o bien sólo se logrará detener por el momento el progreso del mismo, por medio de paliación por ejemplo en fibrosis quística o solo será mejoría sintomática por ejemplo en los procesos asmáticos.
2. Una vez que ya se tiene la decisión de que tratamiento se va a establecer en el paciente y cual es el objetivo del mismo, entonces se pasa a determinar con precisión la selección del tratamiento más específico, para ello se recurre al cuestionamiento de cuantas y cuáles son las evidencias para fundamentar tal o cual procedimiento y cual es la probabilidad de que con menor daño se tengan los mejores resultados. Se tendrá que revisar la literatura correspondiente, específicamente ensayos clínicos controlados ciegos o doble ciegos, es obvio que entre más rigidez metodológica, los resultados serán más fácilmente aceptables, una de las características importantes e indispensables de estos estudios es la aleatorización y por supuesto la ceguedad en la aplicación del procedimiento y la evaluación de los resultados.
3. Se considera necesario planear al inicio del tratamiento cuándo suspenderlo de acuerdo a que parámetros o en que condiciones modificarlo o incluso suspenderlo y buscar otras alternativas.

Como se puede apreciar, es importante tener en la mano, todos los elementos indispensables para tomar la decisión terapéutica más adecuada para el paciente que se tiene enfrente, en otras palabras, los resultados de los estudios que se revisen tendrán que apegarse a las características propias de los propios paciente, no es posible muchas veces aplicar medidas terapéuticas probadas en pacientes con características étnicas, edades y ambientes diferentes a los paciente que se van a tratar, en particular, esta situación hace más difícil la toma de decisión correcta, sin embargo una de las cosas más importantes es, seguir el procedimiento como se ha comentado.

De aquí se desprende el método conocido como Medicina Basada en Evidencias, en general es, en este momento tal vez necesario comentar aunque muy superficialmente este método. Se conceptualiza como un procedimiento que consta en considerar a cada paciente como un problema, es decir, primero se recaban, recolectan o recogen los datos clínicos, a partir de dicha información se hace una definición del problema principal o de los problemas, este paso puede sustentarse en el punto de vista de la alteración de la funcionalidad orgánica (fisiopatología) o bien en función de la historia natural de la enfermedad, o cualquier otro método relacionado.

Una vez definido el problema (se sugiere que sea desde el punto de vista de la alteración fisiológica, recordemos que se proponen hipótesis de trabajo que se rechazan o aceptan de acuerdo a la evolución de nuestro propio paciente), se caracteriza, es decir, se analiza o desglosa en todas sus partes, para conocerlo o conocerlos profundamente, poniendo atención en como se produce, que afecta, como se manifiesta y donde se localiza en su mayor parte, cuando dura y a quien más afecta.

Si es posible, hasta establecer como modificar su evolución natural. Una vez que ya se tienen todos los datos caracterizados hay que jerarquizarlos, con la prioridad básica de que en primer lugar estarán los que ponen en peligro la vida o la función, y así sucesivamente, todos los problemas son importantes, pero se trata de dar atención a los que pueden producir o aseverar el daño a la salud. Después se tendrían que presentar los datos con otros expertos (sesión de caso clínico) de donde se obtendrían conclusiones valiosas para ser aplicadas de manera directa sobre el paciente en cuestión. En esta parte la idea es aprovechar la experiencia de cada uno de los participantes en la discusión. Esa experiencia se refiere a lo que ha tenido en su práctica o bien lo que ha encontrado en la literatura o incluso la información convertida en conocimiento obtenida en actividades académicas en otros niveles. De aquí se pasa a la revisión de la literatura, para ello se requiere aplicar un método de revisión que incluya los elementos que han sido analizado para el diagnóstico y por supuesto para elegir la mejor terapéutica. Ya con todos esos elementos la posibilidad de éxito en el manejo del paciente será mayor en beneficio de él mismo y colateralmente para el propio personal de salud al incrementar o precisar sus conocimientos médicos.

Los artículos sobre tratamiento que se revisarán, tendrán ciertas características que dirán si son útiles para tomarse en cuenta en el manejo de los paciente, empezando por saber si en el artículo la asignación de los pacientes a los distintos grupos fue de manera aleatoria, es decir, que ni el investigador ni el paciente sabían a que grupo iba a pertenecer, si el número de pacientes al inicio del tratamiento son los mismos que al final del mismo, o se perdieron más del 20%, en este caso los resultados no pueden ser reales. Se revisará si durante el análisis de los resultados se tomó en cuenta la significancia estadística al igual que la significancia clínica. También se tendrá en cuenta si se informaron todos los hallazgos clínicos relevantes, y en este sentido si los pacientes del estudio eran semejantes a los pacientes que se manejan cotidianamente. Por último si el tratamiento es factible de aplicar en el medio y a los propios pacientes.

Por otro lado, se tendrá que hacer un árbol de decisiones (mejor tratamiento) semejante al árbol de probabilidades (pruebas diagnósticas), desde luego a partir de un cuadro 2 x 2, como el que se utiliza para buscar la utilidad de los auxiliares de diagnóstico.

		Simulación real de los hechos	
		Droga A mejor que B	Droga A no es mejor que B
ECC (ensayo clínico controlado anterior validado)	Droga A mejor que B	Correcto ($1 - \beta = \text{poder}$)	Error tipo 1 (riesgo de cometer este error = $\alpha = \text{valor de p}$)
	Droga A no es mejor que B	Error de tipo 2 (riesgo de cometer este error = β)	Correcto

Aquí el error tipo 1 corresponde a los falsos positivos, el error tipo 2 a los falsos negativos, luego entonces se puede asignar un límite, que de hecho, se maneja cotidianamente es decir, el error tipo 1 o alfa es permitido, es de 5% o bien 0.05, que es la probabilidad de decir que la droga A es mejor que la B cuando en realidad no es verdad. p (alfa) = 0.05, por lo tanto con una p menor de 0.05 se estará más seguros que la droga A es mejor que la B, o dicho de otra manera, existe menor posibilidad de equivocación en la apreciación propia.

De la mismo forma en el error tipo 2 siendo una conclusión falsa negativa errónea se corre el riesgo de concluir que el tratamiento experimental y el convencional no producen resultados diferentes cuando en la realidad si lo hacen, se considera igual a 0.20 (20%) como aceptable esta posibilidad del error tipo 2 ó beta. Luego entonces si beta es igual a 20% el poder del estudio ($1 - \beta$) es igual a 80% lo que quiere decir que si en verdad los dos tratamientos producen resultados diferentes, el estudio tendrá 80% de ser estadísticamente significativo. De acuerdo a estos conceptos si se quiere ser más estrictos se restringirán los límites mencionados que ya han sido establecidos como valores convencionales.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

Alvan R. Feinstein . Clinical Epidemiology. The architecture of clinical research. WB Saunders Company. 1985, Philadelphia.
 Carlos A. Cuello García, Giordano Pérez Gaxiola. Medicina Basada en la Evidencia. Fundamentos y su enseñanza en el contexto clínico. Editorial Médica Panamericana 2015 México.

Álvaro Ruiz Morales, Luis Enrique Morillo Zárata. Epidemiología Clínica. Investigación Clínica Aplicada. Editorial Médica Panamericana 2005 Bogotá Colombia.

Javier Rodriguez, Haydeé Cabrera, Salvador Martínez Cairo. Epidemiología clínica. Pruebas diagnósticas. 2001, México.
 Raymond S. Greenberg. Epidemiología Médica. Manual Moderno. 1995, México
 David L Sackett, R. Brian Haynes, Gordon H. Guyatt, Peter Tugwell. Epidemiología Clínica. Ed. Médica Panamericana. 1994 Buenos Aires.

Michael S. Kramer. Clinical Epidemiology and Biostatistics. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 1988, Berlín
 Laura Moreno Altamirano, Fernando Cano Valle, Horacio García Romero. Epidemiología Clínica. 2ª edición, Editorial Interamericana McGraw – Hill 1994, México