

# COMENTARIO EDITORIAL: Furor Diagnosticandis et Furor Curandis: los vientos de la labor médica

Carlos Musso\* y Fernando Rubinstein\*\*

*"El único fin de la medicina ejercida es el bien del enfermo  
y nunca la preservación de un dogma técnico o de la verdad científica"*  
Florencio Escardó (1904-1992)

## Resumen

En el presente artículo, tomando como punto de partida la problemática de una paciente a quien ambos atendieron, los autores discuten desde una perspectiva bioética y filosófica los principios que sustentan las indicaciones de los estudios diagnósticos y de los tratamientos. Concluyen que no debemos sólo evaluar sus potenciales ventajas sino también considerar sus desventajas, así como el probable resultado del balance riesgo-beneficio y siempre preservando la autonomía del paciente en la toma de las decisiones.

Musso C, Rubinstein F. Furor Diagnosticandis et Furor Curandis: los vientos de la labor médica. Evid. actual. práct. ambul. 9(4) ;98-99. Jul-Ag. 2006.

Este artículo de reflexión surgió de una interesante discusión entre los autores sobre una paciente que ambos ven hace tiempo

## El caso

Ella tiene 76 años, es independiente y muy activa. Es obesa y tiene una larga historia de hipertensión arterial parcialmente controlada, con un progresivo deterioro de la función renal, hasta llegar hoy a la necesidad inminente de diálisis.

Dentro de su evolución, se planteó la necesidad de realizar una punción biopsia renal, cuyo resultado no fue concluyente más allá de mostrar algunos cambios atribuibles a la hipertensión arterial. Se consideró, entonces, la posibilidad de repetir el procedimiento y se discutió la situación con la paciente, quien se negó, al plantearse que muy probablemente el resultado de la misma no modificaría el pronóstico o las alternativas terapéuticas de su insuficiencia renal.

Lo interesante del caso fue el proceso articulado entre los distintos actores, especialistas, profesionales de atención primaria y por supuesto la paciente, respetando la participación y opinión de cada uno hasta llegar a una decisión.

Esta visión del paciente es muchas veces relegada desde el lugar del saber médico, y esto ocurre mucho más frecuentemente en algunas especialidades que ponen un énfasis muy marcado en llegar a un diagnóstico, aún cuando esto no contribuya sustancialmente a mejorar el manejo general del cuadro.

## ¿Cuál es el rol del médico en estas circunstancias?

Una gran parte de la actividad médica asistencial se basa en la interpretación inicial del problema que aqueja al paciente, a fin de optar luego por la terapéutica considerada como la más adecuada para su resolución<sup>1</sup>. Se trata entonces de evaluar para entender y de entender para actuar, de modo que el afán por conocer o furor *diagnosticandis* y el afán por sanar o furor *curandis* son, en gran medida, motor del accionar médico cotidiano.

Sin embargo ambos afanes pueden tornarse fácil e imperceptiblemente en una versión caricaturesca de sí mismos, dejando de cumplir así con su fin último: el bien del paciente.

Dos son los tipos principales de distorsión que estos impulsos pueden padecer: una forma "indolente", representada por la desidia diagnóstica y terapéutica, y una versión "maníaca", presente en la indicación de múltiples estudios complementarios o en la indicación de tratamientos fútiles o, aún peor, contraproducentes.

## El furor diagnosticandis

El furor diagnosticandis nace del natural afán humano por conocer y comprender los fenómenos del mundo. Sin embargo, debe recor-

darse que existen en la medicina instancias distintas de la asistencial en donde dicho impulso puede canalizarse productivamente, como es el caso de la investigación clínica desarrollada en el marco de la bioética. Por otra parte, la prescripción de estudios complementarios debe ser siempre guiada no sólo por la pregunta del por qué de su solicitud, sino también del para qué, es decir, cuál es la utilidad de obtener nueva información en ese contexto y como ésta va a modificar eventualmente las conductas.

Existe un viejo aforismo en la práctica clínica, atribuido por Bloch a Archie Cochrane, que dice así<sup>2</sup>:

*"...antes de ordenar un análisis decida que es lo que hará si el resultado es:*

*1) positivo y 2) negativo. Si ambas respuestas son iguales, no ordene el análisis..."*

Sin dudas, la aplicación adecuada de los principios de la epidemiología clínica redundará en beneficio de la calidad de atención.

## El furor curandis

En cuanto al furor *curandis*, debe recordarse que en su sentido etimológico curar (lat. curare: cuidar) remite no sólo al acto de sanar o aliviar al enfermo sino fundamentalmente al de cuidarlo o velar por su bien<sup>3</sup>. Este concepto abarca no sólo el de evitar dañarlo a través de las indicaciones médicas (iatrogenia) sino también el de no avasallar su voluntad argumentando que "la medicina sabe que es lo que más le conviene".

## La autonomía del paciente

El anteponer el furor *diagnosticandis* o el furor *curandis* a la voluntad del paciente debidamente informado (autonomía) lo transforma automáticamente en mero autoritarismo médico<sup>4,5</sup>.

En este sentido, muchos autores, especialmente en el área de la salud mental, relacionan esta actitud del terapeuta con el manejo del poder<sup>6</sup>, cuando el deseo de llegar a un diagnóstico o curar, a veces toma la forma de un cierto empecinamiento o insistencia en querer encontrar el origen de la afección.

Petr Skrabanek, un ácido y polémico crítico de las tendencias surgidas en el sistema de salud con la incesante aparición de recursos y tecnología en los países desarrollados, describe el fenómeno creciente de la "medicina coercitiva"<sup>7</sup>.

Sostiene que no se ofrece información adecuada para que los pacientes puedan participar, elegir y eventualmente aceptar sus riesgos y que en la práctica, frecuentemente se los induce a aceptar intervenciones en aras de su bienestar, sin detenerse a pensar que, desde el punto de vista del paciente, el médico se encuentra en una posición tal de poder que hace irrefutables sus argumentos.

\* Médico Especialista en Nefrología. Servicio de Nefrología del Hospital Italiano de Buenos Aires.

\*\* Médico Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar y Preventiva del Hospital Italiano de Buenos Aires.

## Conclusiones

Al indicar un estudio diagnóstico o un tratamiento, no debemos sólo evaluar sus potenciales ventajas sino también debemos considerar sus potenciales desventajas, así como el probable resultado del balance riesgo-beneficio. No olvidemos que cada intervención diagnóstica o terapéutica implica consecuencias en el paciente y que aunque éstas no resulten de una mala acción producto del error, omisión, impericia o negligencia (en cuyo caso hablaríamos de mala praxis) entraña el concepto indelegable de responsabilidad médica desde un enfoque bioético más que desde un enfoque jurídico<sup>8</sup>.

### Referencias

1. Foucault M. El nacimiento de la clínica médica: una arqueología de la mirada médica. Buenos Aires. Siglo veintiuno. 2003
2. Ley de Murphy para Médicos. Bloch A. México. Diana: 2001
3. Diccionario latino-castellano. Buenos Aires. Sopena 1959
4. Escardó F. Moral para médicos. Buenos Aires. Fundasap. 2004
5. Vidal y Benito M. Acerca de la buena comunicación en medicina. Buenos Aires. Instituto Universitario CEMIC. 2002
6. Lacan J. La dirección de la cura y los principios de su poder. Escritos I. Siglo XXI Editores: 219.
7. Skrabanek, P. "The death of human medicine and the rise of cohesive healthism", The Social Affairs Unit, Gran Bretaña. 1994
8. García, FM, García, GA y García, FM. Iatrogenia y Dyspraxis Médica: Un enfoque bioético. RFM, 2005, vol.28, no.1, p.6-11. ISSN 0798-0469.

El médico debe tener un gran cuidado en no generar enfermedades imaginarias en el paciente con sus sentencias y en reafirmarlas con sus prescripciones diagnósticas y terapéuticas, sembrando como diría el Dr Florencio Escardó, "gérmenes iatrogenos" en el ánimo del enfermo<sup>3</sup>.

El furor diagnosticandis y el furor curandis son gran parte de la energía vital que impulsa la labor médica asistencial. Sin embargo, el médico debe tratar de evitar en todo momento que su actitud resulte en un furor sine sensus.

## Correo de lectores

### Sr. Director de la Revista Evidencia

Respecto del artículo de Szegedi y col. (BMJ, 2005; 330:503) que comparó la eficacia del hipérico con paroxetina para el tratamiento de la depresión y que fuera comentado en EVIDENCIA, me surgen varias dudas:

¿Puede considerarse "de eficacia demostrada" un tratamiento tan controvertido? Aunque los artículos citados por el comentarista en la bibliografía todos sustentan la efectividad del hipérico, existe evidencia significativa en sentido contrario<sup>1,2</sup>.

En segundo lugar, el trabajo comentado fue subsidiado por el productor industrial del hipérico. Si bien se lo menciona en el comentario<sup>3</sup>, de manera alguna se objeta la validez del trabajo.

Los puntos más cuestionables del trabajo son haber aumentado la dosis de un antidepresivo al final de que transcurriera la segunda semana de tratamiento sin respuesta (lo que contraviene<sup>4</sup> las recomendaciones de tratamiento de la depresión) y que el seguimiento de los pacientes haya durado solamente 42 días. Es bien sabido que los efectos farmacológicos de la medicación antidepresiva comienzan a verse después de la tercera semana y que recién a las seis semanas de iniciado el tratamiento tiene sentido farmacológico<sup>5</sup> aumentar la dosis. Por lo que la respuesta objetivable a la segunda semana de seguimiento seguramente se deba casi exclusivamente al efecto placebo. El duplicar la dosis de paroxetina en ese momento, no mejorará significativamente el efecto terapéutico farmacológico, pero sí los efectos adversos.

Buena parte del "comentario" se dedica a promover el uso del hipérico y otras drogas de origen vegetal. Si bien, finalmente, se dice "...su utilización está limitada por la gran cantidad de interacciones farmacológicas..." valdría la pena enfatizar que puede producir inducción enzimática<sup>6,7</sup> y por consiguiente, anular los efectos de los anticonceptivos orales y antirretrovirales, y "...puede también provocar un aumento de los niveles sanguíneos de algunos medicamentos, con la consiguiente aparición de toxicidad (especialmente para medicamentos con un estrecho margen terapéutico como ciclosporina, digoxina, teofilina y warfarina)".

**Jorge Bernstein** [ Médico Especialista en Psiquiatría Coordinador de la Comisión de Salud Mental de la Federación Argentina de Medicina Familiar y General. Profesor Adjunto de Medicina Familiar. Universidad Favaloro. ]

### Referencias

1. "...los estudios de la hierba de San Juan para el tratamiento de la depresión grave no han provisto evidencia cierta acerca de su efectividad. Un reciente estudio reportó que ni la hierba de San Juan, ni la droga SSRI sertralina (Zoloft®) fueron más benéficas que el placebo para el tratamiento de la depresión grave. Otra investigación reciente de diseño de calidad indica que la hierba de San Juan no tiene efectos sobre la depresión grave, aunque la evidencia aún no es completamente clara en esta área..." <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/druginfo/natural/patient-stjohnswort.html> actualizada 01 Septiembre de 2005.
2. "...las pruebas actuales con respecto a los extractos de hypericum son inconsistentes y confusas. Para los pacientes que satisfacen los criterios de depresión mayor, varios ensayos recientes controlados con placebo indican que los extractos de hypericum examinados tienen efectos beneficiosos mínimos, mientras que otros ensayos indican que el hypericum y los antidepresivos estándar presentan efectos beneficiosos similares. Como los preparados disponibles en el mercado podrían variar considerablemente en su calidad farmacéutica, los resultados de esta revisión se aplican sólo a los productos examinados en los estudios incluidos". <http://www.cochrane.org/reviews/es/ab000448.html>, actualizada en el 2006.
3. "...de todas maneras el conflicto de interés está presente aquí también, así como en otros tantos estudios financiados por la industria farmacéutica". Ikonikoff M. Similar efectividad entre hipérico y paroxetina en el tratamiento de la depresión severa. Evid. actual. práct. ambul. 9(3);72. May-Jun. 2006. Comentado de: Szegedi A, Kohnen R, Diene A. Acute treatment of moderate to severe depression with hypericum extract WS 5570 (St John's wort): randomized controlled double blind non-inferiority trial versus paroxetine. BMJ. Mar 2005; 330:503. PMID 15708844.
4. En las guías y manuales se recomienda hacer "prevención del periodo de latencia", que es el tiempo (varias semanas) en que el paciente no encuentra mejoría subjetiva del estado de ánimo y sí posibles efectos secundarios. Esto se hace para promover la adherencia a un tratamiento donde los beneficios tardan más que el promedio de los tratamientos médicos.
5. Podría tener sentido estratégico, lo que sería "placebo" en un trabajo doble ciego.
6. <http://www.boletinfarmacos.org/042001/r159.htm>  
<http://www.boletinfarmacos.org/112003/ADVERTENCIAS%20SOBRE%20MEDICAMENTOS.htm#INTERACC%20D3N%20DE%20LA%20HIPERICINA%20CON%20LOS%20ANTICONCEPTIVOS%20ORALES>
7. <http://www.agemed.es/actividad/alertas/usoHumano/seguridad/hiperico.htm>