

Las Clasificaciones en Medicina Arbitrariedad y Entes innecesarios

CARLOS ESCOBAR GÓNIMA

RESUMEN

AUNQUE LAS CLASIFICACIONES son una herramienta de probada utilidad en medicina desde la antigüedad para entender y manejar las enfermedades, en la actualidad hay la tendencia a sobreestimar su papel en el diagnóstico y en el tratamiento. El autor considera que los aspectos culturales, filosóficos y médicos de las enfermedades deben ser apreciados a través de una óptica que incluya las circunstancias locales para evitar el difundido error de practicar la medicina basándose en factores que pueden solo funcionar bien, en el sitio donde fueron originados.

PALABRAS CLAVE

CLASIFICACIONES MÉDICAS

JUICIO CRÍTICO

HISTORIA DE LA MEDICINA

INTRODUCCIÓN

NO ES AVENTURADO AFIRMAR que el hombre clasificó desde tiempos muy remotos. Distinguir aquello que es comestible, peligroso o útil es una elemental pero esencial

.....
DOCTOR CARLOS ESCOBAR GÓNIMA, Ginecólogo, Profesor de Ginecología Universidad de Antioquia, Profesor Historia, Medicina y Sociedad. Asistente del Curso de Filosofía de la Biología, Director Profesor Guillermo Henao. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Fecha de recepción: 20 de octubre del 2003

Fecha de aceptación: 18 de noviembre del 2003

clasificación en cuanto a supervivencia se refiere. A partir de allí el hombre ha hecho de las clasificaciones herramientas cotidianas.

Si bien es cierto que clasificar en cuestiones de ciencia es un hecho indispensable puesto que es ir un paso más allá a la simple observación para encontrar regularidades, semejanzas o diferencias y así alcanzar niveles superiores de generalización, la acción clasificatoria en su estructura interna posee ciertas áreas problemáticas que es necesario conocer para adquirir una real comprensión de ellas, sus utilidades y sus limitaciones.

En el caso de la medicina, los médicos por pecar en términos nosológicos de un realismo ingenuo, con frecuencia no perciben la problemática inherente a ellas y las asumen muchas veces sin el necesario análisis y valoración de su utilidad; en este escrito se hace mención a algunos problemas internos de las clasificaciones y se presentan ejemplos de ellos aplicados a la medicina.

LAS CLASIFICACIONES EN MEDICINA

Antecedentes históricos

EN LA MEDICINA PUEDE DECIRSE que todo el acto médico esta mediado por una labor clasificatoria; partiendo de la más elemental pero en ocasiones no tan simple de clasificar al sujeto como normal o patológico, establecer un diagnóstico no es más que un proceso cognoscitivo clasificatorio en el cual el médico a partir de los hallazgos en su enfermo, encuentra semejanzas y diferencias con un abstracción mental que los griegos denominaron “Nosus”, los latinos “Morbus” y nosotros enfermedad.

Sin la enfermedad, el enfermo no pasa de ser un desventurado ser humano aislado que solo se puede observar y cuando más historiar; ubicar al enfermo en una enfermedad le confiere al sujeto sufriente otro tipo de categoría; al pasar de enfermo a enfermedad se transforma en un evento, un caso que pasa a ser objeto de trabajo de la conciencia que se le aproxima.

Aún cuando la medicina antigua con la doctrina humoral ya había realizado un gran proceso clasificatorio de las enfermedades al establecer diferencias entre unas y otras por el humor comprometido o las cualidades afectadas; sangre; caliente y húmeda, bilis; cálida y seca, flema o pituita; fría y húmeda y bilis negra o atrabilis; fría y seca, el concepto moderno de enfermedad adquiere sus elementos fundamentales con Thomas Sydenham (1624-1689). Este médico Inglés muy cercano por razones de profesión y amistad a John Locke, pretendió trasladar a la medicina parte del empirismo que enunciaba Locke; este, en el Ensayo sobre el entendimiento humano, señala en un ataque al cartesianismo que el conocimiento no es en primera instancia un hecho de razón sino que por el contrario surge de los datos de la experiencia, este principio que está en la base de toda la propuesta filosófica del empirismo inglés permite a Sydenham abandonar el galenismo que en ese momento predominaba en la medicina, sistema por cierto racional pero que por su carácter deductivo estaba alejado cada vez más de la experiencia, y proclamar la necesidad de una vuelta al lecho del enfermo para encontrar semejanzas y diferencias entre las distintas formas de enfermar, hasta llegar a conformar “cuadros típicos” o especies morbosas en sus términos (1).

La herramienta que permite a Sydenham encontrar casos típicos, es la única que en su momento tenía a disposición; la sintomatología, de esta forma a partir de una gran clasificación en enfermedades agudas y crónicas, el Hipócrates inglés como ha

sido llamado, comienza un trabajo de anotación cuidadosa de los síntomas para posteriormente seleccionar aquellos que con mayor regularidad se presentaban (invariantes) y conformar cuadros típicos despreciando e incluso ignorando los síntomas que esporádicamente ocurrían (accidentes). Con Sydenham la enfermedad pasa de ser una alteración humoral a un conjunto de síntomas típicos. Desde su propuesta y hasta la fecha la medicina ganó mucho en cuanto a precisión diagnóstica y clasificatoria; sin embargo, desde el punto de vista epistemológico perdió la posibilidad de enriquecer la comprensión de los fenómenos mórbidos con aquellos casos “atípicos”; es decir, los remanentes empíricos que por su escasa frecuencia no son tenidos en cuenta pero que en el fondo muestran los límites y debilidades de cualquier sistema clasificatorio y diagnóstico propuesto.

Los problemas de las clasificaciones

YA HEMOS MENCIONADO que el acto de clasificar posee en su estructura interna elementos que son problemáticos desde el punto de vista científico. Todo acto de clasificación por ser una construcción, lleva inherente la imposición de un orden artificial que dista de ser una lectura objetiva de los hechos naturales y por el contrario depende siempre de la conciencia que clasifica, esta es la que establece las definiciones, el orden, las jerarquías, puntos de corte y otras especificidades de cualquier clasificación; nunca contempla aquello que el estado del arte no permite conocer en el tiempo histórico en la cual se elabora ni aquellas circunstancias emergentes tan características de los sistemas biológicos.

La arbitrariedad en medicina

HEMOS MENCIONADO QUE UNA CLASIFICACIÓN es siempre una construcción racional pero dicha racionalidad

no es suficiente garantía de superar la arbitrariedad que impone la conciencia que clasifica. Un caso histórico que ejemplariza este problema fue la clorosis (2); ella, que llegó a convertirse en el siglo XIX en uno de los más frecuentes diagnósticos en mujeres jóvenes y que tenía como cuadro clínico una serie de signos y síntomas blandos entendiendo por ello aquellos síntomas y signos que por lo vagos e inciertos difícilmente superan el umbral de lo normal, o que un interrogatorio dirigido encontraría con frecuencia en una población sana, tales como: “palidez verdosa alabastrina”, astenia, palpitaciones, edema ligero de maléolos, fotópsias y trastornos vasomotores, posee en su análisis histórico y epistemológico, muchos elementos que permiten señalarla como un verdadero ejemplo de la arbitrariedad al distinguir lo normal de lo patológico. De hecho, la clorosis nunca existió y fue un imaginario construido por la medicina y la cultura del siglo XIX que fue extinguiéndose como diagnóstico y enfermedad en la primera mitad del siglo XX; ella, sin duda alguna fue una arbitraria creación de la medicina.

En la actualidad no parece que la medicina y la misma cultura hayan superado la arbitrariedad y la dificultad de distinguir lo normal de lo patológico; ejemplo de ello es el “Trastorno disfórico premenstrual”, condición aceptada en el DSM IV como una patología verdadera y que presenta una serie de síntomas y signos blandos como: tristeza, desesperanza, irritabilidad, sensación de fatiga, pérdida de interés por las actividades habituales, cambios acusados del apetito, hipersomnia o insomnio, dolores de cabeza, sensación de hinchazón, dolores musculares, que típicamente ocurren más frecuentemente en la fase lútea pero que también pueden darse alrededor de la ovulación (3), que dejan mucho que desear acerca de si en realidad estamos en presencia de una verdadera enfermedad o de un artificio como consecuencia del problema de la arbitrariedad en la distinción entre lo normal y lo patológico.

Los puntos de corte

EN UNA MEDICINA COMO LA ACTUAL centrada en las probabilidades, la arbitrariedad tiene diferentes formas de presentación; una frecuente aparece en los denominados puntos de corte; en efecto, en muchas clasificaciones está presente un umbral o punto de corte que determina el paso de nivel de un menor grado a otro de mayor grado de severidad; dicho punto de corte nunca puede desprenderse del asunto de la arbitrariedad ya que quien define dichos puntos es una conciencia. Un ejemplo concreto que muestra la problemática inherente a ello es el NCEP. (Nacional Cholesterol Education Program y los criterios derivados del ATP III (Adult Treatment Panel III) (4). Ante los problemas de salud pública que representan las enfermedades cardiovasculares en Estados Unidos, la historia del NCEP muestra una creciente rigidez en las recomendaciones de los niveles del colesterol; independientemente del reduccionismo a ultranza que representa el pensar que en la sola disminución de los niveles de colesterol está la solución al problema, el hecho contundente es que en la medida en la cual arbitrariamente se vuelven más rígidos los puntos de corte, aparece un mayor número de enfermos y por supuesto un mayor número de tributarios de agentes farmacológicos. Se calcula que las recomendaciones del NCEP en el ATP III hace duplicar el número de norteamericanos a los cuales se les recomienda drogas como las estatinas, pasando estos de un poco más de quince millones a treinta y dos millones de pacientes susceptibles de terapéutica farmacológica.

El problema de la parsimonia

EN EL SIGLO XIV UN FRAILE FRANCISCANO, el nominalista Guillermo de Occam señaló: "Entia non sunt multiplicanda sine necessitate"; Los entes no deben multiplicarse sin necesidad. Este principio que posteriormente fue denominado como "la navaja

de Occam" o más modernamente como principio de la parsimonia científica, quiere significar que en problemas de ciencia deben preferirse las posibilidades más simples y evitar establecer complejidades innecesarias (entes innecesarios). Las nuevas clasificaciones de la citología ginecológica ejemplarizan suficientemente la presencia de este problema en la actualidad.

Sin lugar a duda con el estudio citológico y en especial con el Papanicolaou (PAP) se trasformó la realidad del cáncer de cuello uterino en Norteamérica y otros países; con la práctica del PAP a partir de la década del treinta del siglo pasado la mortalidad por este cáncer descendió del primer lugar al puesto trece en Estados Unidos; este resultado convirtió al PAP en una de las pruebas de tamizaje de mayor valor desde el punto de vista costos-beneficios en la historia de la medicina moderna. En la década del setenta del anterior siglo en Norteamérica se presentaron algunos casos de falsos negativos que fueron aumentando en número, lo que debido a las demandas médico legales subsiguientes creó desconcierto y pánico en los laboratorios citológicos y patológicos (5); como consecuencia de lo anterior surgió la propuesta de revisar los criterios citológicos y de allí surgió en la reunión de Bethesda en 1988 el concepto de ASCUS (atypical Squamous cells of indetermined significance), un ente innecesario en los términos de Occam, que obedeció más al temor de una posible demanda que a un avance cierto en la comprensión de las trasformaciones citológicas precursoras del cáncer del cuello uterino. El hecho real es que el ASCUS puede ser cualquier tipo de alteración celular que vea o crea ver el lector citológico y que trajo como consecuencia inmediata un aumento inusitado en el número de citologías anormales con el consecuente incremento de costos, uso de tecnologías y generación de angustias innecesarias en las mujeres a quienes se les diagnosticaba esta anormalidad. Aún cuando países como Inglaterra, Canadá o Alemania, no han aceptado el Bethesda por considerarlo innecesario, en Colombia, que presenta en el cáncer de cuello uterino un problema

real de salud pública, ninguna voz ha cuestionado estos nuevos sistemas clasificatorios que lejos de mejorar la problemática establecen confusión en los médicos y pacientes y acrecientan los costos y el uso de tecnologías innecesarias. En una interesante publicación (6) Marcos Peluffo, Director del instituto Papanicolaou de Buenos Aires al realizar una crítica en relación al ASCUS de la clasificación de Bethesda, señala la necesidad de distinguir entre ADOPTAR y ADAPTAR. Menciona este autor, que el primer paso antes de incorporar una nueva clasificación en medicina a una realidad específica debería consistir en practicar un juicioso análisis para evaluar su conveniencia y pertinencia; esta circunstancia tan necesaria en el caso del cáncer de cervix en Colombia ha sido ajena a las preocupaciones de oncólogos, ginecólogos y orientadores de programas de salud pública que la adoptaron sin evaluación previa demostrando así, un ejemplo más, que nuestra medicina solo alcanza a ser consumidora de doctrinas y tecnologías foráneas.

A modo de conclusión

EN LA MEDIDA en la cual surgen nuevos conocimientos, soportes tecnológicos y opciones terapéuticas, aparecen de forma creciente nuevas clasificaciones en medicina; aún cuando muchos médicos en razón de un realismo ingenuo muy propio de su formación dan por sentada su validez científica, ellas como toda clasificación, no pueden desprenderse de los problemas derivados de ser siempre construcciones artificiosas. En países como el nuestro donde la formación en medicina carece de verdaderos espacios que propicien la reflexión acerca de los fundamentos de la doctrina y práctica médica, donde la medicina no se piensa y analiza a sí misma, se cae en la tendencia de adoptar incondicionalmente toda suerte de clasificaciones sin evaluar su pertinencia y sin adaptarlas a la realidad en concreto, lo que se convierte en un obstáculo más para dejar de ser una medicina exclusivamente consumidora de doctrinas y prácticas foráneas.

SUMMARY

CLASSIFICATION IN MEDICINE ARBITRARITY AND UNNECESSARY SUBJECTS

ALTHOUGH CLASSIFICATION IN MEDICINE is a proven tool useful in the understanding and management of illnesses since antiquity, nowadays there is a tendency to overestimate its role in diagnosis and treatment. The author considers that aspects such as cultural, philosophical, and medical reasons should be appraised from a local perspective to avoid the very common mistake of practicing a medicine based on factors that are only functional when applied in the locality of origin.

KEY WORDS

MEDICAL CLASSIFICATIONS

HISTORY OF THE MEDICINA

BIBLIOGRAFÍA

1. LAIN ENTRALGO P. El diagnóstico Sydenhamiano: el diagnóstico médico, historia y teoría. Barcelona: Salvat; 1982: 45-53.
2. ROSENOW G. Clorosis: enfermedades de la sangre. 4ª ed. Barcelona: Labor; 1944: 173-180.
3. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2001: 858-862.
4. Executive Summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III). JAMA 2001; 285: 2.486-2.496.
5. BORONOW .C R: Death of the Papanicolaou smear? A tale of thee reasons. Am J Obstet Gynecol 1998; 179: 91-396.
6. PELUFFO M. Sistema de nomenclatura Bethesda. ¿Adoptar o adaptar?. 2001. Extraído de URL: <http://www.gineconet.com/articulos/692.htm>. Acceso 29 Octubre 2003.

