

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

Proposal to improve the nomenclature, classification and diagnosis of diseases, taking into account their symptoms and signs, syndromes and determinant factors.

Raúl León-Barúa¹

RESUMEN

El desorden que se ha ido produciendo a través del tiempo, en la nomenclatura y la clasificación de las enfermedades es considerado, a nivel internacional, un problema crónico que debería resolverse. De otro lado, diagnosticar no consiste solamente en dar un nombre convencional a la enfermedad que afecta a un paciente, y tampoco solamente en diferenciarla de otras similares. En este artículo, se presenta una propuesta para mejorar la nomenclatura, la clasificación y el diagnóstico de las enfermedades, teniendo en cuenta sus síntomas y signos, síndromes, y factores determinantes.(Rev Med Hered 2011; 22: 89-92).

PALABRAS CLAVE: Enfermedad, nomenclatura, clasificación, diagnóstico, síntoma, síndrome, signo, factores determinantes.

SUMMARY

The disorder that has been produced, through time, in the nomenclature and classification of diseases is considered, at international level, a clinical problem that should be solved. On the other hand, to diagnose does not only consist in giving a conventional name to the disease that affects a patient, and also not only in differentiating it from similar ones. In this paper, we present a proposal to improve the nomenclature, classification and diagnosis of diseases, taking into account their symptoms and syndromes, signs, and determinant factors. (Rev Med Hered 2011;22: 89-92).

KEY WORDS: Disease, nomenclature, classification, diagnosis, symptom, syndrome, sign, determinant factors.

* El artículo fue publicado en la Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, cuyo Editor en Jefe autoriza la reproducción del mismo: León-Barúa R. Propuesta para mejorar la nomenclatura, la clasificación y el diagnóstico de las enfermedades, según sus síndromes, síntomas, signos y factores determinantes. Rev Soc Peru Med Interna 2011; 24(1):37-39.

¹ Médico-Cirujano, Gastroenterólogo. Profesor Emérito, Profesor Investigador, Profesor de la Escuela de Postgrado en Medicina “Víctor Alzamora Castro”, y Titular de la Cátedra de Historia y Filosofía de la Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.

INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento de la clínica moderna en el siglo XVII, las enfermedades han ido siendo nombradas y clasificadas de acuerdo con el progreso en el conocimiento de sus manifestaciones y causas (1-3).

Para tal efecto, Sydenham (1624-1689) tomó en cuenta, detenidamente, las manifestaciones externas de las enfermedades (1-3). Morgagni (1682-1771), Bichat (1771-1802) y Virchow (1821-1902) propusieron, sucesivamente, como causas de enfermedades, lesiones de órganos, lesiones de tejidos y lesiones de células (1-3). Müller (1801-1858), Magendie (1783-1855) y Bernard (1813-1878), con sus contribuciones en fisiología, sentaron las bases para poner en evidencia causas biofísicas y bioquímicas (1-3). Siguiendo otra línea, Pasteur (1822-1895), Koch (1843-1910), y sus colaboradores, abrieron el camino hacia la comprensión del papel de microorganismos en la génesis de enfermedades (1-3). Y, finalmente, Charcot (1825-1893), Freud (1856-1939) y Pavlov (1849-1936) hicieron valiosos aportes en lo que respecta a la acción de factores psicológicos (1-3).

Teniendo en cuenta esta breve revisión histórica, es fácil comprender el porqué de la diversidad de los nombres que han recibido las enfermedades, y de sus clasificaciones (1-3).

El referirse a “estreñimiento crónico”, “úlcera duodenal”, “colitis microscópica”, “linfoma”, “síndrome de intestino irritable”, “brucelosis”, “histeria”, “enfermedad de Alzheimer”, etc., es comparable a como se mencionaban sustancias químicas tales como “azúcar de Saturno”, “flores de bismuto”, “mantequilla de arsénico”, “yeso de París”, “materia perlada de Krekingius”, “muriatos”, “sal admirable”, etc., antes de la reforma de su nomenclatura lograda por Lavoisier (1743-1794) y colaboradores en 1787 (4).

El obvio desorden en la nomenclatura y la clasificación de las enfermedades es considerado un problema clínico que debería resolverse (5). En este artículo hago una propuesta encaminada a tratar de mejorar el diagnóstico de los procesos que afectan a nuestros pacientes.

Esencia real del diagnóstico

El Ser Humano (SH) es un todo indivisible (6); pero, dependiendo del método que se emplea para estudiarlo,

pueden encontrarse en él estructuras anatómicas, procesos fisiológicos (biofísicos y bioquímicos), y procesos psicológicos (6).

El SH vive en su medio ambiente, y éste tiene componentes naturales, y artificiales o culturales (6). Componentes naturales son aquéllos que existen u ocurren sin que el SH los produzca o modifique, p.ej., frío, calor, sequedad, humedad, baja presión atmosférica, etc.; y artificiales o culturales, los que son creados por el SH, y transmitidos a sus congéneres, para controlar mejor las condiciones en que vive y que comparte con ellos (6).

Otro hecho importante es que el SH está constantemente sometido a la acción de diversos factores ambientales o de su propio organismo (6), pudiendo mantenerse frente a ellos, por lo general, en buen estado de equilibrio y salud, aunque, en ciertas ocasiones, puede también perder ese equilibrio y caer en enfermedad (6).

Como lo hemos precisado varias veces, las enfermedades no tienen una sola causa sino múltiples causas, o mejor múltiples factores determinantes, que actuando en conjunto y relacionándose entre sí dan lugar a enfermedad (6,7). Los factores determinantes pueden ser etiológicos, cuando están presentes antes de que la enfermedad sea tal, y patogénicos, cuando constituyen lo que ya es enfermedad (6). Generalmente se habla de etiopatogenia o de factores etiopatogénicos; pero, es mejor aclarar la diferencia (6), como lo haremos a continuación.

Factores determinantes de enfermedad (etiopatogenia) (6,7).

Etiológicos:

a) Externos:

- Físicos: frío, calor, sequedad, humedad, baja presión atmosférica, etc.
- Químicos: tóxicos, venenos, hipovitaminosis, etc.
- Biológicos: virus, bacterias y parásitos patógenos.
- Sociales: hacinamiento, etc.

b) Externos-internos:

- Psicológicos.

c) Internos (Constitución):

- Predisposición genética, congénita y adquirida.
- Capacidad de resistencia frente a factores agresivos.

Patogénicos:

- Alteraciones fisiológicas, anatómicas y psicológicas.

Síntomas y signos

Al estar presentes factores determinantes patogénicos, se ha generado ya enfermedad; y en el paciente que nos consulta se pueden obtener síntomas (mediante la anamnesis) y objetivar signos (mediante examen físico) de su enfermedad (7,8). Y algo que nunca debe olvidarse, como lo remarcaron sabiamente Seguí (9) y Delgado (10), es la dualidad “enfermedad-dolencia”. “Enfermedad” es lo que el médico puede precisar como naturaleza real de un proceso patológico; y “dolencia”, lo que el paciente sufre con su proceso, y la forma como lo interpreta (9,10).

Como lo hemos precisado, también varias veces, diagnosticar no consiste solamente en dar un nombre a la enfermedad de un paciente, y tampoco solamente en diferenciarla de otras similares, o sea, hacer diagnóstico diferencial (7,8). Etimológicamente, la palabra diagnóstico deriva del griego *dia*: a través, y *gnosein*: conocer; esto es, conocer o dilucidar, en la forma más completa posible, los factores determinantes de una enfermedad a partir de los síntomas y signos (incluyendo resultados de exámenes auxiliares) observados en el paciente aquejado por la enfermedad (7,8).

PROPUESTA

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

En primer lugar, como lo hacía Sydenham (1-3), es importante tomar en cuenta las manifestaciones externas de la enfermedad que presenta el paciente. Y estas manifestaciones son: el síntoma o los síntomas, el síndrome o los síndromes, y el signo o los signos. Y lo digo así, en singular y plural, porque dos o más síntomas, aunque presentes a la vez, pueden no constituir necesariamente un síndrome; y porque, también, dos o más síndromes o signos, pueden coexistir sin estar totalmente ligados causalmente entre sí.

Y, a continuación, se agregan todos los factores determinantes etiológicos y patogénicos de esas manifestaciones externas.

Esta forma de diagnosticar la hemos venido empleando desde hace algún tiempo en nuestra práctica

gastroenterológica (7,11-14). Un ejemplo podría ser el de un paciente que nos consulta y presenta, como manifestaciones externas, por historia clínica: síndrome flatulencia (eructos, meteorismo, y expulsión de gran cantidad de gases por vía rectal), síndrome dispepsia (sensación de llenura epigástrica postprandial, vinagreras, regurgitaciones, náusea y vómitos, y dolor epigástrico postprandial); y por examen físico: signos de distensión y timpanismo abdominales. Y luego, mediante profundización de la anamnesis, y la realización de exámenes auxiliares, escogidos considerando las manifestaciones externas presentes, se ponen en evidencia: malabsorción de lactosa; giardiasis; incremento de fermentación intestinal por bacterias colónicas, y sensibilidad de las bacterias fermentativas a medicamentos antimicrobianos; ansiedad y depresión; y esofagitis por reflujo gastroesofágico, que, además de relacionarse con los síntomas de vinagreras y regurgitaciones, al estar unida con los otros síntomas del síndrome dispepsia, originan aerofagia que exacerba el síndrome flatulencia (7, 11-14). Con toda esta información lograda, el manejo del problema del paciente va a ser obviamente más efectivo.

Este enfoque diagnóstico que propongo tiene otras consecuencias valiosas. En primer lugar, va muy de acuerdo con la actual reorientación que se está tratando de dar a la actividad médica en el sentido de “La Medicina Centrada en la Persona”, ya que con él se considera, como lo más importante, lo que el paciente siente y le hace sufrir (Mezzich JE, Presidente, International Network for Person-Centered Medicine. Comunicación personal). En segundo lugar, une íntimamente y con gran respeto todos los aportes de grandes figuras de la medicina que he mencionado y han contribuido a la creación de la clínica moderna. Y, finalmente, permite ver con claridad los vacíos que aún existen en el conocimiento de factores determinantes etiológicos y patogénicos (15), y la necesidad de llenar esos vacíos con productos de investigación.

Experiencias personales y reflexiones que me han ido llevando progresivamente a la concepción que expongo en este ensayo han sido: las enseñanzas de los profesores René Gastelumendi Velarde, César Romeo Zelada Azañedo y Víctor Alzamora Castro para llevar a cabo anamnesis y exámenes físicos de pacientes con gran atención y detenimiento; interés por historia y filosofía de la medicina, que fue incrementado por conversaciones con los profesores Honorio Delgado y Javier Mariátegui; y por la oportunidad que he tenido de enseñar estas disciplinas en pre y post grado; interés por el tema de “teoría general de sistemas” de von

Bertalanffy, que despertó en mí un profesor de la Universidad de Huamanga, y cuyo nombre desafortunadamente no recuerdo, cuando tuve que dar en esa Universidad conferencias sobre investigación científica, alrededor del año 1973, invitado por el gran amigo Roger Guerra García; concepciones progresivas sobre la multicausalidad de todo lo que ocurre en nuestro universo; visión multifactorial de la medicina; y dedicación constante a la investigación clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sigerist HE. Los grandes médicos. Historia biográfica de la medicina. México D.F: Editorial Azteca S.A. Palma; 1955. p. 261-264.
2. Wulff HR. Rational diagnosis and treatment. Osney Mead, Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1976.
3. López JM. Antología de clásicos médicos. Madrid: Triacastela; 1998.
4. Pellón I. Un químico ilustrado. Madrid, España: Nivola, Libros y Ediciones; 2002.
5. Campbell EJM. Clinical science. North Holland, Amsterdam: Ciba Foundation Symp No. 44 1976. p. 41-52
6. León Barúa R. Causalidad en medicina. Bolet Soc Per Med Int 2000; 13: 159-64.
7. León Barúa R. Del diagnóstico a la investigación en medicina. Diagnóstico 1999; 38 (6): 293-6.
8. León Barúa R. La esencia real del diagnóstico. Diagnóstico 1999; 38 (3): 141-3.
9. Seguí CA. La enfermedad, el enfermo y el médico. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A; 1982.
10. Delgado H. Enjuiciamiento de la medicina psicosomática. Barcelona: Editorial Científico-Médica; 1960.
11. León-Barúa R. Enjuiciamiento crítico de los trastornos digestivos funcionales, avances en su estudio y propuestas para ulteriores desarrollos. Diagnóstico 2003; 42 (5-6): 239-43.
12. León-Barúa R. Grandes síndromes gastrointestinales: Dispepsia o síndrome del aparato digestivo relacionado con alimentos. Rev Gastroenterol Perú 2008; 28: 150-3.
13. León-Barúa R. Grandes síndromes gastrointestinales: Dispepsia o síndrome del aparato digestivo relacionado con alimentos. Rev Gastroenterol Perú 2008; 28: 267-9.
14. León-Barúa R. 44 años de avances en etiopatogenia, diagnóstico y tratamiento del síndrome flatulencia. Rev Gastroenterol Perú 2010; 30 (2): 148-52.
15. Jores A. La medicina en la crisis de nuestro tiempo. Mexico DF: Siglo XXI Editores S.A; 1967.

Recibido: 15/12/10

Aceptado para publicación: 05/05/11