

Medicentro Electrón. 2012 oct.-dic.;16(4)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO  
«ARNALDO MILIÁN CASTRO»  
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

## **CARTA AL EDITOR**

### **LA NORMALIDAD BIOLÓGICA VERSUS LA CLÍNICA**

Por:

Dr. CM. MSc. Gerardo Álvarez Álvarez

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de I y II Grados en Medicina Interna. Máster en Psicología Médica. Profesor Consultante y Titular e Investigador Auxiliar. UCM-VC. e-mail: [gerardoaa@hamc.vcl.sld.cu](mailto:gerardoaa@hamc.vcl.sld.cu)

**Descriptores DeCS:**

MÉTODOS  
PRÁCTICA PROFESIONAL  
COMPETENCIA CLÍNICA

**Subject headings:**

METHODS  
PROFESSIONAL PRACTICE  
CLINICAL COMPETENCE

Con el desarrollo científico técnico aplicado a la medicina en las últimas décadas, se ha introducido una amplia gama de investigaciones paraclínicas; estas, incuestionablemente, han propiciado una mejor atención a los pacientes objeto de estudio, en algunos casos. Esto ha traído por consecuencia que el método clínico, principal herramienta para el trabajo médico, esté atravesando una crisis en cuanto a su aplicación, y se corre el riesgo de cierta deshumanización de la profesión médica. Se trata de una «lucha» entre los que aplican la tecnología racionalmente y aquellos que simplifican su actuación profesional con la indicación, generalmente indiscriminada, de muchos y variados exámenes, con el consiguiente abuso de esos medios, su deterioro y el notable gasto económico que ello origina; no es más que la ancestral distinción entre los médicos de corte hipocrático y los de corte galénico<sup>1</sup>.

Para más complicación, en los últimos años, existe un grupo de enfermedades que ocasionan la mayor morbilidad y mortalidad en los países occidentales: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las dislipidemias, que contribuyen notablemente a la aparición de la cardiopatía isquémica, los accidentes cerebrovasculares, la enfermedad renal crónica y la propia diabetes. Lo curioso es que aquellas situaciones clínicas, frecuentes, pueden cursar de forma asintomática durante un período largo de tiempo y su diagnóstico descansa en cifras o valores numéricos, que si se encuentran por encima del rango establecido, significa que puede hacerse el diagnóstico.

Es cierto que algunas enfermedades pueden estar presentes durante un período de tiempo, sin que se produzcan manifestaciones clínicas: son las llamadas formas subclínicas de un proceso patológico, o en el mejor de los casos, manifestaciones incipientes de este, o sea «enfermedades a bajo ruido», características que han sido muy bien descritas y definidas en los textos médicos, o que hemos podido constatar en el decursar de la propia práctica médica<sup>2</sup>.

El asunto no deja de tener sus complejidades: por un lado, lo ideal sería diagnosticar las entidades clínicas cuando aún los síntomas y signos que las caracterizan no estén presentes en forma notable, hecho en el cual las investigaciones médicas, utilizadas e interpretadas de forma adecuada y racional, pueden desempeñar una función de suma importancia. En otro orden está el valor absoluto, sin más análisis que el que le podamos dar a determinados valores o cifras que

pueden ser variables y cambiantes con el paso del tiempo, como los valores arbitrarios de la presión arterial para declarar que una persona padece de hipertensión arterial<sup>3</sup>, o los criterios diagnósticos actuales de la diabetes mellitus tipo 2, o las cifras de lípidos que posibilitan reconocer la hipercolesterolemia o las hipertrigliceridemias, por citar dos estados metabólicos frecuentes. En algunos lustros precedentes, la normalidad biológica de aquellos parámetros ofrecía valores más elevados que los actuales; obviamente, eso ha estado influenciado por los grandes estudios epidemiológicos realizados, como el Framingham Heart Study<sup>4</sup> con seguimiento de cohortes a través de los años, y que han permitido el reconocimiento de cómo aquellos factores –los tres citados, identificados como factores de riesgo vascular para el desarrollo de la aterosclerosis– han influido e influyen en el desarrollo de la cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares, por citar solo dos de los que originan mayor morbilidad y mortalidad poblacional.

Como caso curioso, están las clasificaciones de la hipertensión arterial<sup>5</sup>; hay un grupo de países de Europa<sup>6</sup> que se abstienen de utilizar lo aportado por el VII reporte del Joint National Committee y adoptan otros valores clasificatorios diferentes. Quiere decir que los valores y los patrones referenciales pueden variar con el tiempo y pueden ser aceptados o no por algunos países o facultativos, y esto obviamente conspira contra la uniformidad en la atención a los enfermos. En un artículo de Paredes García<sup>7</sup>, se formula un interesante cuestionamiento: «¿Quién posee rango para establecer la normalidad de los intervalos de referencia?» El intervalo de referencia es aquel conjunto finito de valores desde un límite inferior a uno superior, con el cual comparamos el valor obtenido de una medición, para determinar si dicho valor pertenece o no a la población de la que se obtuvo el valor de referencia. De aquí surge un aspecto interesante: la población sana, generalmente utilizada para aquellas determinaciones en bioquímica clínica; para su definición, se requieren criterios de inclusión y de exclusión orientados a la población de referencia, hecho que se puso en boga a partir de 1945 por los laboratorios para recopilar los resultados de mediciones en poblaciones «sanas» y establecer los valores normales o valores de referencia, asumiendo que tendrían una distribución gaussiana o normal, con límites fijados por simple inspección de datos. En el análisis de los conceptos sobre lo normal y lo patológico, Canguilhem<sup>8</sup> examina críticamente la influencia positivista de Augusto Comte, según el cual una condición patológica constituye una variación cuantitativa del estado de normalidad, que corresponde a la frecuencia media de fenómenos biológicos. Tal normativa es solo una de las dimensiones de la salud; en este sentido, la enfermedad corresponde a la producción de nuevas normas de ajuste entre el organismo y el medio. En verdad, la diferencia entre lo que se concibe como salud y enfermedad constituye algo no muy preciso y sujeto a variaciones, puesto que en la historia de un determinado individuo, lo que ahora significa una condición de normalidad, mañana puede caracterizarse como un estado patológico. Por tanto, la diferencia entre lo normal y lo patológico no está en el aspecto cuantitativo, sino en las características que atribuyen cualidades a una determinada condición.

En estos momentos, en nuestra población en general y en algunos médicos en particular, existe una alerta con los diagnósticos de la hipertrigliceridemia y con el uso y abuso de un producto que se denomina Omega 3. La hipertrigliceridemia ha sido descrita, recientemente, como un factor de riesgo vascular independiente, que debe ser tenido en cuenta; pero sería muy lógico tratar de identificar los patrones dietéticos actuales de la mayoría de los cubanos, orientar dichos patrones en forma adecuada y realizar recomendaciones oportunas y precisas, más que inundar nuestros centros asistenciales con un sobrediagnóstico de hipertrigliceridemia. En igual medida, desde que Dyeberg<sup>9</sup> estableció una relación entre la ingesta de ácidos grasos poliinsaturados (AGPI) n = 3 de larga cadena y el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular, al estudiar el patrón dietético de la población esquimal de Groenlandia, se han publicado miles de trabajos científicos que avalan la recomendación de ingestión de los citados AGPI; el problema radica en que, en la actualidad y en nuestro medio, se recomiendan para casi todas las enfermedades que pueden ocurrir en los humanos.

En este artículo se trata de llamar la atención con respecto a un tema peliagudo y actual de la práctica médica, que no está exento de complejidades interpretativas, pero incuestionablemente resulta de mucha vigencia, sobre todo para los que defendemos la aplicación del método clínico a ultranza, como el medio eficaz para la ejecución de un trabajo médico satisfactorio y de excelencia; esto es permanentemente reclamado por nuestros más ilustres profesores de clínica médica<sup>1,10</sup>,

aun cuando en ninguna medida estemos provocando una confrontación entre las indicaciones y, sobre todo, las interpretaciones de un grupo importante de medios auxiliares diagnósticos que resultan imprescindibles para la más cabal interpretación del estado de un paciente. Estamos asistiendo a una nueva era, en la que “antiguamente se consideraba que lo visible es lo que permite ver lo invisible y la verdadera realidad de las cosas<sup>11</sup>, pero en el siglo XXI nos adentramos en un alto desarrollo tecnológico que ha sido y seguirá siendo capaz de demostrarnos aspectos que nuestra mente y entrenamiento médico no ha sospechado, razón por la que debemos ser cautelosos y adiestrarnos en la correcta interpretación de variados resultados investigativos.

### **Referencias bibliográficas**

1. Moreno Rodríguez MA. Hipocratismo, galenismo, los clínicos y el método. En: El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Científico-Técnica; 2001. p. 31-46.
2. Kirsner JB. Examen sistemático de personas aparentemente sanas y descubrimiento de enfermedad. En: Clínicas Médicas de Norteamérica: Interamericana, S.A.; 1960:139-50.
3. Kaplan NM. Hipertensión primaria: historia natural, poblaciones especiales y evaluación. Clinical Hypertension. 9na. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 127-66.
4. The Framingham Heart Study: The Town That Changed America's Heart [Internet]. 2006 Copyright ©1995-2012 [citado 23 nov. 2009];[aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.framingham.com/heart/backgrnd.htm>
5. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, *et al.* The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003;289(19):2560-75.
6. Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, Ambrosioni E, Burnier M, Caulfield M J, *et al.* Revisión de la Guía Europea de manejo de hipertensión: documento de la Sociedad Europea de Hipertensión. J Hypertens [Internet]. 2009 [citado 24 abr. 2010];27:[aprox. 38 p.]. Disponible en: [http://www.surhta.com/PDF/Revision2009\\_GuiaEuropeaHTA2007.pdf](http://www.surhta.com/PDF/Revision2009_GuiaEuropeaHTA2007.pdf)
7. Paredes García R. ¿Quién posee rango para establecer la normalidad de los intervalos de referencia? Bioquímica. 2007;32(003):81-2.
8. Barros da Silva W, Delizoicov D. Reflexiones epistemológicas en las Ciencias de la Salud. Rev Hum Méd. 2008;8(2-3):2-10.
9. Carrero JJ, Martín-Bautista E, Baró L, Fonolla J, Jiménez J, Boza JJ, *et al.* Efectos cardiovasculares de los ácidos grasos omega-3 y alternativas para incrementar su ingesta. Nutr Hosp. 2005;20(1).
10. Selman Housein AE. La excelencia. En: Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Científico-Técnica; 2002. p. 8-9.
11. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Méd Super [Internet]. 2000 [citado 12 nov. 2010];14(2):[aprox. 19 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14\\_2\\_00/ems01200.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/ems01200.htm)

Recibido: 26 de marzo de 2012

Aprobado: 30 de junio de 2012