

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Algunas reflexiones sobre el problema diagnóstico en clínica

Some reflections on diagnosis problem in clinics

Miguel Ángel Blanco Aspiazú^I; Roberto Suárez Bergado^{II}; Josefina Fernández Camejo^{III}; Jorge Luis Gonzalez Pérez^{IV}; Justo Ramírez Chávez^V

^IEspecialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas. Facultad de Ciencias Médicas Finlay Albarrán. La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Facultad de Ciencias Médicas Finlay Albarrán. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Facultad de Ciencias Médicas Finlay Albarrán. La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Asistente. Hospital General Docente Calixto García. La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Militar Central Dr. Carlos J Finlay. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se exponen algunas reflexiones de los autores sobre el enfoque del diagnóstico en clínica. En primer lugar sobre su ubicación en el terreno de lo desconocido y en segundo lugar su enfoque sistémico biosicosocial, el cual rebasa el enfoque sindrómico que no pasa de constituir un recurso muy útil para el diagnóstico de entidades nosológicas. Se prefiere el término problema diagnóstico por ser más abarcador y flexible. Se incluye el diagnóstico etiológico visto como red causal, el diagnóstico de la afectación que produce la enfermedad y el padecer emocional de estas por el paciente.

Palabras clave: Diagnóstico, clínica.

ABSTRACT

Some reflections from authors on diagnostic approach in clinical are exposed. First on its location in unknown field and in second place its biopsychosocial systemic

approach, which surpasses the syndrome approach that otherwise is a very useful resource for diagnosis of nosologic entities. The term diagnostic problem is more accepted by its extension and flexibility. Etiologic diagnosis is included as a causal agent, diagnosis affection provoking the disease and its emotional illness y patient.

Key words: Diagnosis, clinics.

"La Medicina contemplada exclusivamente como ciencia natural
es insuficiente para la comprensión del hombre enfermo".

Ludwik Krehl

INTRODUCCIÓN

La asistencia del paciente a la consulta médica suele ocurrir cuando percibe que algo anda mal y puede ser ayudado por un médico. También puede buscar asistencia médica cuando desea mantenerse saludable, en ambas situaciones se puede decir que surge un problema de salud. Cuando el médico clínico asiste al paciente debe recoger información sobre el problema de salud y sobre lo que él más tarde o más temprano durante la entrevista médica definirá como su problema diagnóstico. No siempre coinciden el problema de salud que representa la visión del enfermo, con el problema diagnóstico que es definido por el médico mediante la iteración de hipótesis durante la entrevista. La explicación adelantada para el problema de salud y el problema diagnóstico tiene habitualmente carácter hipotético y se denomina hipótesis diagnóstica. De acuerdo con la forma vigente de pensar sobre el diagnóstico, esta suele limitarse a la definición del diagnóstico nosológico. En el desarrollo de este artículo se expondrán algunas reflexiones de los autores, relacionadas con una visión más amplia acerca de la extensión del problema diagnóstico según una visión más sistémica desde el paradigma psicosocial emergente y la rehabilitación del sabor de la clínica clásica.

DESARROLLO

Primera reflexión

El problema diagnóstico está situado en el área de lo desconocido y de la incertidumbre, no en el área de lo conocido y la certeza.

Para una mejor comprensión se tomará un caso clínico típico. Cuando al entrevistar a un paciente, este refiere episodios de tos, inicialmente seca, con disnea, silbidos en el pecho, que lo despiertan en la noche y lo obligan a levantarse, luego con el paso de minutos logra una expectoración blanquecina viscosa y mejora la disnea; inmediatamente se sospecha que sea portador de asma bronquial, pero sin certeza,

pues hay otras posibilidades a descartar.¹ Con la clásica afirmación de que todo lo que silba no es asma² se desencadena un estudio para resolver el problema diagnóstico de este paciente, consistente en crisis de disnea nocturna. Afortunadamente, una vez concluidas las investigaciones se diagnostica que realmente el paciente es portador de la enfermedad o síndrome asma bronquial y parece que queda "resuelto" el problema diagnóstico. Sin embargo, este paciente lleva seguimiento en su área de salud y unos meses después llega al cuerpo de guardia porque las crisis de asma se han hecho más rebeldes al tratamiento y además, hace dos días expectora verde y tiene fiebre de 38 grados. En este momento el problema diagnóstico no radica en conocer la causa de sus crisis de disnea nocturna, sino, en conocer la causa de la fiebre con expectoración verde y de la exacerbación de la frecuencia e intensidad de sus crisis de asma. Hay varias posibilidades, pero rápidamente se piensa en una sepsis respiratoria de la que hay que definir si es de vías altas o bajas, pues esto tendría implicaciones en el tratamiento a indicar. Después del examen físico se le indica una radiografía de tórax y se comprueba que, como se había supuesto, se trata de una sepsis respiratoria baja, en este caso, de una neumopatía inflamatoria de base derecha.

Visto de esta forma sencilla este paciente se presenta en dos momentos diferentes y en cada uno conduce al planteamiento de problemas diagnósticos diferentes. En la segunda ocasión no hay razón para realizar una discusión diagnóstica centrada en un síndrome obstructivo bronquial, sino en la exacerbación del asma bronquial. Es un error frecuente que en las discusiones diagnósticas se asuma lo conocido, como un problema diagnóstico, cuando realmente no lo es, ello ocasiona, además de una pérdida de tiempo, que se enfoque el proceso diagnóstico en la dirección equivocada. Esta situación la vemos a diario en nuestras salas de hospitalización con problemas médicos tan frecuentes como la diabetes mellitus y la insuficiencia cardíaca en pacientes ya conocidos, en los cuales sus causas de descompensación serían los elementos a diagnosticar y en ello debemos encaminar los esfuerzos. Esta es la idea central que resulta de la reflexión realizada, no obstante, en determinadas condiciones los diagnósticos ya realizados requieren de revaloración.

Segunda reflexión

El problema diagnóstico es una categoría de las ciencias clínicas que trasciende el nivel sindrómico.

Se puede plantear el problema diagnóstico en términos de un síntoma o signo, también a partir de un planteamiento más complejo, compuesto por los síntomas y signos relacionados a través de elementos bioquímicos, fisiopatológicos o anatómicos, es decir de síndromes. Habitualmente se prefieren los llamados síndromes duros o los síndromes sombrilla.³ Un síndrome "duro" es aquel que tiene causas mejor definidas y un cuadro clínico muy propio, por ejemplo el síndrome insuficiencia hepática, que no aparece en muchos libros de semiología. En el caso del síndrome "blando", este no permite una orientación etiológica rápida y su cuadro clínico es poco específico, o sea, muchos de sus síntomas y signos son compartidos con otros síndromes, por ejemplo, un síndrome general. Los síndromes sombrilla son aquellos que agrupan en su seno otros menos orientadores. Es el caso del síndrome de insuficiencia hepática, que abarca a los síndromes icterico, hidropígeno, diarreico, febril, etc., según el paciente en particular. No vale la pena plantear cada uno de los síndromes mencionados por separado si tenemos otro que los engloba.

La práctica ha demostrado la conveniencia de no siempre reducir el problema diagnóstico a la categoría de un síndrome. El criterio de los autores es que parece más correcto y útil, hablar de problema diagnóstico en general, pues permite incluir un rango amplio de subcategorías, sean signos, síntomas, síndromes o por ejemplo, exacerbación o descompensación de determinada enfermedad crónica, definición del estado de salud (mediante un chequeo médico), etcétera.

Por otro lado, parte del diagnóstico general son los diagnósticos topográfico, evolutivo y etiológico, que aportan rigor al proceso, aunque no siempre son necesarios.

El diagnóstico topográfico resulta de la aplicación del método anátomo-clínico, es decir, a partir de los signos y síntomas, tratar de establecer mediante argumentos fisiopatológicos y anatómicos la localización de la lesión. Cuando se trata de un paciente con manifestaciones neurológicas es posible distinguir si la base anatómica de la enfermedad es localizada en el sistema nervioso central o periférico, si la lesión es unifocal o multifocal, si afecta solo la vía motora o la sensitiva o algún haz extrapiramidal o de la vía visual, etc. En el caso de las enfermedades vasculares se puede hablar además de topografía vascular y de topografía parenquimatosa. Con el conocimiento de la anatomía y función del sistema nervioso, no solo de la función de las diferentes áreas afectadas al ocurrir una oclusión vascular, sino de las manifestaciones dependientes del fenómeno de diátesis, es posible plantear un diagnóstico topográfico más abarcador. El diagnóstico topográfico es aplicable también a enfermedades cardiovasculares, a enfermedades sistémicas que no siempre tienen la misma combinación de órganos afectados, como puede ser el lupus eritematoso sistémico.

El diagnóstico de la evolución de una enfermedad también resulta de suma importancia. Aquí el propósito es definir si se trata de una enfermedad aguda, crónica progresiva, secuelar, recurrente, etc, también si se trata de una enfermedad compensada o descompensada. En muchos enfermos definir este elemento es de gran importancia, por ejemplo, en el paciente con insuficiencia cardíaca existen causas de cuadros recientes que pueden diferir de las de cuadros crónicos agudizados. En cada uno se plantea un problema diagnóstico diferente que en consecuencia exige una conducta diagnóstica y terapéutica diferente.

El diagnóstico de la etiología es la identificación de la cadena de eventos causales del cuadro clínico actual del enfermo. Esto implica la necesidad de establecer si las relaciones de asociación entre los problemas del paciente son de orden factual o causal. Véase el ejemplo de la insuficiencia cardíaca descompensada. Tomando como ejemplo un enfermo que tiene una insuficiencia cardíaca izquierda crónica de origen hipertensivo, que se descompensa por abandono del tratamiento por falta de ayuda familiar para conseguir las tabletas de furosemina o digoxina. Se puede definir como causa básica de la insuficiencia cardíaca a la hipertensión arterial; como factor de riesgo de descompensación la situación familiar y como factor precipitante de la descompensación el abandono del tratamiento. Es este un ejemplo de la importancia de buscar la cadena de acontecimientos causales ya que la labor del médico y el equipo de salud, no se puede restringir a imponer tratamiento con medicamentos y medidas higiénicas sin tomar conducta con el resto de eslabones de esta cadena como sería en este caso, el actuar sobre la familia. De manera que se puede hablar de tres componentes en el diagnóstico etiológico, que son la causa básica de la enfermedad, el o los factores de riesgo y el o los factores de descompensación o precipitantes. Es importante mediante la entrevista médica definir estos tres elementos y ello exige buscar información de orden biológico y psicosocial.

A la entidad nosológica fundamental hay que ponerle los apellidos, constituidos por la topografía, el estadio evolutivo, el grado de descompensación, si viene al caso, y la etiología. Siguiendo el ejemplo de la insuficiencia cardíaca, un diagnóstico más completo en este enfermo sería plantear insuficiencia cardíaca, izquierda, crónica, estadio III, de origen hipertensivo, descompensada por abandono del tratamiento, asociado a mal funcionamiento de la familia.

Todo lo hasta ahora mencionado es importante, pero no completa la visión que sobre el diagnóstico debe tener el médico clínico, pues el médico debe además, diagnosticar el padecer y la afectación del enfermo.

El término enfermedad se refiere a las alteraciones de la estructura y función normal del hombre que llegan a constituir un patrón clínico definido por los médicos con el nombre de determinada entidad nosológica.

Por su parte el padecimiento, es la traducción del problema de salud en símbolos de significado social. El padecimiento tiene que ver con la cultura de cada paciente y por ende con la influencia social en él comienza cuando el paciente detecta un problema de salud y cambia durante el proceso diagnóstico e incluso después que sabe que enfermedad tiene y está bajo tratamiento. Llegar a conocer el padecimiento del paciente exige una entrevista médica profunda y dirigida a los elementos psicosociales, a la esfera afectiva y por tanto, exige habilidades comunicativas que garanticen el acercamiento empático al paciente.

La información clínica a recoger para diagnosticar el padecimiento proviene de tres áreas fundamentales en las que la persona se relaciona con su problema de salud y el diagnóstico médico nosológico, denominadas: terreno o cuerpo, biografía y ambiente.⁴

De forma sucinta el término terreno se refiere a las bases biológicas que predisponen a padecer determinadas enfermedades. Esta base biológica está determinada durante toda la vida por la interacción de la dotación genética y la influencia ambiental. La biografía es la historia de las relaciones del individuo con su ambiente social natural. El ambiente se refiere al medio donde se desarrolla el individuo, entendido en todas sus aristas, ecológica, social, política, económica, familiar y de redes de relaciones interpersonales.

La historia psicosocial que en la actualidad se realiza debe aportar los datos fundamentales para el diagnóstico del padecer que a juicio de los autores debe centrarse en la caracterización de la reacción psicológica del paciente ante su problema de salud como adecuadas o no y como convenientes o inconvenientes. Cualquier reacción que sea coherente o adecuada con la magnitud del problema y no afecte su enfrentamiento y solución puede considerarse aceptable. El «tratamiento» en este sentido se dirige a lograr una respuesta psicológica de forma que esta sea adecuada y conveniente.

El cómo impacta la enfermedad en la relación del individuo con su medio es lo que se denomina afectación. El diagnóstico de la afectación se ha visto facilitado mediante la utilización de escalas que no son más que herramientas para cuantificar de forma fiable y eficaz diferentes aspectos de una enfermedad, incluida la afectación que esta última produce. Ejemplo en las enfermedades cerebro vasculares escalas que permiten cuantificar el déficit neurológico, la discapacidad funcional y la calidad de vida, aunque estas últimas rebasan el diagnóstico de la afectación.

Como vemos es un problema complejo al que en la actualidad los médicos se deben acercar, pues no se trata de atender solo la enfermedad en el enfermo, sino al paciente en tanto persona que la padece. Se debe abordar la dimensión psicológica del paciente para acercarse a la persona que sufre la enfermedad, cómo la vive, qué significado tiene para él, y como reacciona ante esta y la afectación que le produce. Lograr ese acercamiento implica empatía y tiene un efecto terapéutico integral.

El médico que se empeña en diagnosticar solo enfermedad cae en desgracia o maltrata, cuando se encuentra con pacientes sin signos objetivos tanto al examen físico como en el estudio complementario. Estos son los llamados enfermos problema, a los que se suelen calificar de supratentoriales, funcionales, psicósomáticos, hipocondríacos, neuróticos, etc.

CONCLUSIONES

No debe restringirse la discusión diagnóstica a síndromes y entidades nosológicas, se trata de problemas diagnósticos más complejos que incluyen también a la afectación y el padecer. Estos conceptos se deben incorporar al proceso diagnóstico. Ello exige tener elementos desde la primera entrevista sobre las costumbres de un enfermo y su reacción frente a la enfermedad para elaborar hipótesis diagnósticas más integrales antes de hacer la propuesta de plan diagnóstico y terapéutico. Reconocer la real complejidad del problema diagnóstico es básico para una correcta aplicación del método clínico en correspondencia con la verdadera visión biosicosocial del proceso salud enfermedad en cada individuo. He aquí uno de los valores incalculables de la entrevista médica y de la relación médico paciente. Toda esta visión integral de los enfermos es imposible obtenerlos por otra vía que no sea esta. Estas reflexiones y otras provenientes de los propios clínicos deberían traducirse en el currículo pensado y vivido del pregrado y el posgrado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Burki NK. Evaluating dyspnea: A practical guide. J Respir Dis. 2003;24:10-15.
2. Pasterkamp H, Kraman SS, Wodicka GR. Respiratory sounds: Advances beyond the stethoscope. Am J Respir Crit Care Med. 1997;156:974-87.
3. Moreno Rodríguez MA. El diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2001.p.122-24.
4. Vargas LA, Casillas LE. El efecto del padecer sobre el individuo-persona y el riesgo de transformar al paciente en sujeto u objeto. Conferencia. I Coloquio Nacional de Antropología y Psicología de la dirección nacional de Etnología y Antropología Social. México DF: Instituto Nacional Antropología; 1999.

Recibido: 3 de septiembre de 2009.
Aprobado: 18 de septiembre de 2009.

Dr. *Miguel Ángel Blanco Aspiazú*. Facultad de Ciencias Médicas Finlay Albarrán. Ave 25 # 15005 esq. 150, Playa. La Habana, Cuba. Correo electrónico:
aspiazu@info.med.sld.cu