

Protagonismo del médico clínico en el diagnóstico

Role of the clinician in diagnosing

Alfredo Darío Espinosa Brito

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía". Cienfuegos, Cuba.

¿Qué es lo que los médicos ofrecen (y ofrecerán en el futuro) que no puede ser brindado por otros profesionales de la salud? Esa interrogante la lanzaba un comentario editorial del British Medical Journal a lo que, también respondía: "Diagnóstico, diagnóstico, diagnóstico".

Un enfermero pudiera trasplantar un corazón un día, un técnico anestesiarse a un paciente y un farmacéutico controlar un tratamiento medicamentoso complejo. Pero siempre se necesitarán médicos para que hagan diagnósticos.¹

Por otra parte, para actividades de gran importancia en nuestro sector, como las de promoción de salud, prevención y rehabilitación, tampoco los médicos siempre tienen el papel protagónico y, en ocasiones, no son imprescindibles.

Mark Graber, fundador y presidente de la Society to Improve Diagnosis in Medicine ha declarado:²

El diagnóstico es una de las tareas más difíciles y complejas de la atención médica. Hay más de 10 000 diagnósticos potenciales, miles de exámenes complementarios y los síntomas de cada diagnóstico varían de persona a persona. Más aún los sistemas de salud son altamente complejos, lo que contribuye adicionalmente a mayores problemas en el logro exitoso de la coordinación de la atención médica en el proceso diagnóstico.

El profesor Ignacio Macías Castro expresaba que "al médico le interesa más el diagnóstico, pero al paciente le preocupa más el pronóstico y el tratamiento". Sin embargo, cada vez más, también los enfermos y sus familiares se preocupan por el diagnóstico y lo más exacto posible. En muchas ocasiones, se precisa como una necesidad, cuando no obsesión, de objetivar mediante una cifra o una imagen,

el diagnóstico clínico. La permanente tendencia a conjurar la incertidumbre a través de la objetivación aparece como una estrategia a la vez tranquilizadora e imbuida del estatuto de lo verdaderamente "científico", en tanto queda materializada mediante la contundencia simbólica de algún estudio complementario.³ Por ello, el diagnóstico, si se absolutiza, se puede convertir también en tirano. Y, a colación con este tema, viene a la mente el consejo pragmático que daba un prestigioso clínico, después de muchos años de experiencia —por supuesto siempre que haya habido una indagación adecuada—, que "vale más que el paciente se salve o se cure y no saber bien lo que tiene, que saber bien lo que tiene y se complique o se muera".⁴

En los últimos tiempos, con mucha razón, se ha reconocido la necesidad de transformar el método clínico, como clásicamente se identificaba por los años 80 del pasado siglo —que ha tenido como piedra angular el proceso del diagnóstico—, adecuándolo a los nuevos escenarios, con el propósito de "que no muera, sino que resucite", según palabras del propio Ilizástigui, uno de sus máximos exponentes entre nosotros.⁵

En ese camino por perfeccionar el método clínico, Corona, más cercano, ha insistido en la necesidad de incluir, sobre todo, la toma de decisiones como componente también importante del método, lo que lo enriquece y contribuye a mejorar el actuar médico de una manera armónica y práctica. Apoyamos que se debe reforzar este aspecto muy relacionado con la conducta terapéutica y las expectativas del enfermo y sus familiares.⁶

Mientras comparto el asombro de muchos ante las maravillas que ofrecen las nuevas tecnologías médicas, al mismo tiempo intento aprender a incorporarlas con cautela, a tratar de conocer no solo sus bondades, sino también —y muy particularmente— sus limitaciones y efectos adversos, así como a colocarlas siempre en un plano de herramientas o instrumentos auxiliares del diagnóstico y del tratamiento de los enfermos. Un poco para subrayar esta idea y salvando las distancias, parafraseando una popular afirmación, pudiera decir que "mientras más conozco a la tecnología médica, más quiero a la clínica". Y cuando se trata de exámenes complementarios, recuerdo la frase que "los resultados negativos no siempre niegan y los positivos, no siempre afirman".⁴

Los avances de la medicina, especialmente en las últimas décadas, han hecho que muchos paradigmas o modelos en la interpretación del clásico binomio salud-enfermedad hayan cambiado, pero ojo, también hay algunos viejos que han rejuvenecido y retornado. Uno de estos últimos, que ha venido en puntillas, casi sin darnos cuenta, es el viejo paradigma anatomo-clínico, que floreció en el siglo XIX, con la irrupción sorprendente entonces de la autopsia clínica y la integración de las observaciones magistrales de una pléyade de clínicos y patólogos europeos brillantes, que describieron cientos de entidades morbosas, la mayoría de las cuales han constituido el fundamento de los estudios de clínica y patología médicas hasta nuestros días.⁷ ¡Cuánto le debemos a este modelo!

Pero, la clínica se refiere al estudio de los enfermos, no al estudio de la enfermedad. La enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos enfermos, en los cuales se descubrieron regularidades, similitudes en el orden semiológico, clínico, evolutivo y de pronóstico que permitieron conocer e identificar un proceso morbo, que era el mismo para cada paciente. Este concepto de enfermedad o entidad nosológica, se consolidó definitivamente con el progreso de la anatomía patológica, que permitió aislar e identificar con mayor precisión estas afecciones.⁸

Hace más de 30 años, el profesor Rodríguez Rivera escribía un artículo en el que comentaba sobre otro paradigma que se ha impuesto a través de los años —fruto de un pensamiento con marcada influencia positivista— que plantea que cada vez que un enfermo consulta a un médico o ingresa en un centro hospitalario, debe salir con el diagnóstico de una (o más) entidad(es) nosológica(s). Él insistía en que hay enfermos que no "clasifican" para una entidad nosológica, por malestares difusos y a veces transitorios o que se encuentran en una fase muy comenzante de enfermedad, entre otras causas, y en esos es preferible dejarlos sin rotular y seguir su evolución clínica.⁹ En otras ocasiones, para diagnosticar o para rechazar un planteamiento se ha recurrido a los consabidos "criterios diagnósticos" para "rotular" a un paciente, pero esto tiene sus pros y sus contras, que hay que conocer.¹⁰

Más recientemente, con los avances de la revolución científico-técnica en los campos de la bioquímica, la fisiología, la inmunología, la genética, las neurociencias —solo por mencionar algunas de las disciplinas con más resultados novedosos—, junto a las posibilidades de monitoreos continuos de las más diversas funciones del organismo, el pensamiento médico se enriqueció y avanzó cada vez más de la estructura a la función, de la anatomía a la fisiología (normales o patológicas), de lo estático a lo dinámico o, como nos gusta decir en lenguaje común, de las fotografías a las películas, con énfasis en las últimas, sin desconocer el valor de las primeras. A lo anterior se unen los adelantos de la bioinformática y la tecnología de la información, todo lo cual ha propiciado una expansión espectacular de la información científica, que ha modificado de manera fundamental las formas en que los médicos definen, diagnostican, tratan y previenen las enfermedades. Esta proliferación de los conocimientos científicos es incesante y acelerada. A esto se une el uso generalizado de Internet, que también ha cambiado la manera en que el médico actual ejerce su profesión e intercambia información.

Así, con la avalancha de nuevas técnicas diagnósticas, muchos se preguntan:

- *¿Para qué extenderse inútilmente en un interrogatorio que incluya numerosas preguntas sobre las características de las quejas subjetivas de los posibles enfermos ulcerosos gástricos o duodenales, si con la realización de una endoscopia pueden confirmarse o no esas posibilidades diagnósticas de una manera rápida y objetiva?*
- *¿Para qué aprender y luego aplicar una auscultación cuidadosa, habilidad que para dominarla requiere dedicar mucho tiempo y esfuerzo y que sus resultados siempre serán inferiores, cuando se trata de una estenosis valvular inicial, a los que obtiene un ecocardiografista entrenado?*
- *¿Qué decir de los esfuerzos intelectuales que se requieren para tratar de ubicar una lesión del sistema nervioso —el tantas veces valorado en el pasado, diagnóstico topográfico— a partir de los síntomas y los signos que se recogen en el complejo examen neurológico de un paciente, cuando hoy la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética están al alcance de muchos?*

¿Cómo insertar todo el valioso, frecuentemente caro y, en ocasiones, peligroso al mismo tiempo, arsenal de herramientas o instrumentos que hoy dispone el médico y que de cuya utilidad conocen muchos de sus enfermos, por la gran divulgación pública de sus bondades, en una de las etapas más complejas del método clínico, la referida a la contrastación de las hipótesis diagnósticas?

Al llegar al diagnóstico de las enfermedades, hoy se dispone de una serie de recursos, donde además de la influencia de las nuevas tecnologías referidas, se adiciona el afán de clasificar a los pacientes, la avalancha de algoritmos, guías de

práctica clínica, protocolos de actuación, criterios diagnósticos, etc., que aparentemente están diseñados para facilitar la labor de los clínicos, todos impersonales y homogeneizantes y que no pueden absolutizarse. Hay que recordar que estos recursos —las guías, los protocolos— son siempre también “herramientas auxiliares” para la atención y no la solución a los problemas globales de los pacientes¹¹ y, generalmente, están basadas en las “evidencias” (o en consensos) obtenidas a partir de estudios en grupos poblacionales más o menos heterogéneos o de criterios de expertos y cuando se tratan pacientes, estos son seres humanos con una individualidad irrepetible. Combinar el juicio clínico con las recomendaciones de guías y protocolos, he ahí un gran reto para los médicos clínicos en la actualidad.

Por todo lo antes expuesto, lo más difícil es el diagnóstico de la evaluación global del paciente —esta no se puede hacer con una visión estrecha—, porque aquí influye su historia personal con su carga genética, antecedentes patológicos, la existencia de comorbilidades evidentes u ocultas, y, especialmente, factores psicológicos, sociales, culturales y espirituales, tan importantes para llegar a un diagnóstico integral de los enfermos.

Un texto clásico, como el Harrison, en su última edición, nos sigue recordando que, aún en nuestros días:

Es muy importante que el médico actual, al tiempo que busca integrar en su práctica diaria los volúmenes impresionantes de conocimientos científicos, no pierda de vista que la finalidad primordial de la medicina es prevenir la enfermedad y tratar a las personas enfermas. A pesar de los adelantos científicos, es crucial destacar que, todavía en la actualidad, el fundamento de la atención clínica óptima consiste en cultivar la relación cercana entre el médico y el enfermo.¹²

El asunto es ¿cómo no sustituir el pensamiento por las técnicas, hacer innecesarias las conjeturas diagnósticas, obviar el interrogatorio y el examen físico cuidadosos?

No actuar como si el avance tecnológico permitiera echar por la borda la ciencia clínica desarrollada a lo largo de siglos de cuidadosa observación. Pues si se prescinde o se elimina la ciencia clínica, la medicina, a la vez que se hace mecánica e irracional, se encarece notablemente y se puede incluso crear iatrogenia.⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Editor's choice. Diagnosis, diagnosis, diagnosis. BMJ. 2002 [citado 11 Ag 2007]; 324. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7336.0/ghttp:/](http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7336.0/ghttp/)
2. Frellick M. Landmark Report Urges Reform to Avert Diagnostic Errors. Medscape Medical News. [citado 22 Sep 2015]. Disponible en: <http://www.linkedin.com/pulse/landmark-report-urges-reform-avert-diagnostic-errors-velandy-manohar?trk=prof-post&trkSplashRedir=true&forceNoSplash=true>
3. Espinosa AD, Alvarez F, Borges E, Quintana S, Fernández M. Estudio clínico-patológico de 460 fallecidos con infarto miocárdico agudo. Informe de dos series (1985-1987 y 1991-1993). Clínica Cardiovascular. (España) 2000;18(4):18-26.

4. Espinosa-Brito A. Algunas "lápidas" sobre la práctica médica. Medisur [revista en Internet]. 2015 [citado 1 Jul 2015]; 13(3): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view3/3067>
5. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super. 2000; 14(2): 109-27.
6. Corona Martínez LA. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur. 2010 [citado Sep-Oct 2015]; 8(5): 78-82. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1329>
7. Espinosa AD. La Clínica y la Medicina Interna: Pasado, presente y futuro. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 202.
8. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Medisur. 2010 [citado 1 Dic 2015]; 8(5): 2-7. . Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311>
9. Rodríguez Rivera L. La entidad nosológica: ¿un paradigma? Rev Cubana Adm Salud. 1982; 8: 253-68.
10. Espinosa A. Los criterios diagnósticos en la práctica clínica. Rev Cubana Med. 2009; 48(3): 125-34.
11. Espinosa Brito A. Guías de práctica clínica "herramientas" para mejorar la calidad de la atención médica. Rev Habanera Ciencias Médicas [Revista en Internet]. 2012 [citado 1 Dic 2015]; 11(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2012000100005&script=sci_arttext
12. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. La práctica de la medicina clínica. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 18va ed. Vol. 1. México: Mc Graw Hill; 2012. p. 2.

Recibido: 20 de enero de 2016.

Aprobado: 25 de enero de 2016.

Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía"
Ave. 5 de Septiembre y calle 51A. Cienfuegos, Cuba. CP 55100.
alfredo_espinoza@infomed.sld.cu