

## El diagnóstico médico: bases y procedimientos

José Díaz Novás,<sup>1</sup> Bárbara Gallego Machado<sup>2</sup> y Aracelys León González<sup>3</sup>

### RESUMEN

Se plantea la importancia del diagnóstico médico, sus bases, los diferentes procedimientos para llevarlo a cabo, cómo se establecen y se analizan las diversas hipótesis diagnósticas, la importancia de la tecnología en el diagnóstico médico, y la interrelación entre la clínica y la tecnología. También se exponen algunas particularidades del diagnóstico en la atención primaria.

**Palabras clave:** Diagnóstico, relación médico-paciente, anamnesis, examen físico, exámenes complementarios, razonamiento diagnóstico.

El diagnóstico es una de las tareas fundamentales de los médicos y la base para una terapéutica eficaz.<sup>1</sup> En sí mismo no es un fin sino un medio, e indispensable para establecer el tratamiento adecuado.<sup>2</sup> Hay quienes lo señalan como la parte más importante del trabajo médico, pero a pesar de eso conlleva muchas dificultades cuando se explica y se enseña cómo realizarlo.<sup>3</sup>

Se ha planteado que “en los programas y planes de estudios no se brindan conocimientos detallados de cómo se efectúa el razonamiento diagnóstico y los estudiantes lo aprenden empíricamente viéndolo hacer y copiando de residentes, especialistas y profesores.”<sup>4</sup>

En nuestro medio se han publicado algunos trabajos <sup>1,4-9</sup> sobre el diagnóstico médico, pero creemos que no se ha abordado el tema con la frecuencia requerida. Si bien es cierto que no pocos aspectos de este proceso son ignorados o mal comprendidos, tener una orientación sobre sus bases y reglas, constituye una valiosa ayuda para el trabajo diario.<sup>4</sup> En una publicación anterior <sup>9</sup> se abordó el tema del diagnóstico en la atención primaria, insistiéndose en sus particularidades. En el presente trabajo nos proponemos exponer las bases y procedimientos fundamentales del diagnóstico médico, con algunas especificidades de este proceso en la atención primaria.

### DESARROLLO

El diagnóstico se basa en el análisis de datos seguros.<sup>10</sup> El razonamiento solo será válido cuando descansa sobre nociones exactas y hechos precisos,<sup>11</sup> pero cuando no se cumplen estos principios los resultados siempre serán erróneos. La validez de una deducción depende de la calidad de las observaciones en que ella se basa.

Teniendo en cuenta estos principios, es indispensable exponer algunas premisas básicas sobre las que se apoya el diagnóstico médico:

**La relación médico-paciente:** es fundamental para obtener la información que necesitamos en el proceso del diagnóstico. Con una buena relación médico-paciente

logramos dar tranquilidad y seguridad, así como una mejor exposición de los síntomas por parte del paciente y una mayor cooperación en el examen físico.<sup>9</sup>

Se han expuesto un grupo de principios necesarios para establecer una buena relación con el paciente,<sup>4,8</sup> entre los que se encuentran, una buena primera impresión, buena comunicación entre el médico y el paciente utilizando todas sus vías, dedicarle el tiempo necesario, mostrar interés por el problema del paciente y nunca subvalorarlo, satisfacer las expectativas del paciente, mantener la confianza y el respeto mutuo, tratarlo como quisiéramos que nos trataran si tuviéramos el mismo problema de salud; etc. Solo es preciso agregar algunas premisas que creemos fundamentales en la relación médico-paciente: ponerse en el lugar del paciente, captar su mensaje, preocuparse por él como persona y no solo como enfermo, y hacerle entender que nos interese por él, que comprendemos todas sus angustias, ansiedades y sufrimientos, estando en la plena disposición de ayudarlo en todo lo posible y nunca abandonarlo.

**La anamnesis:** es la base fundamental para el diagnóstico de los problemas de salud de nuestros pacientes. Del 50 al 75 % de los diagnósticos se hacen por el interrogatorio.<sup>3,4,6,8,12-14</sup>

Se han señalado varios de los principios de un buen interrogatorio,<sup>4,8</sup> entre los que se puede citar: dejar que el paciente se exprese libre y espontáneamente, describir correctamente el motivo de consulta o queja principal, definir todos los síntomas de la enfermedad actual, obtener la mayor semiografía (descripción de los mismos), las condiciones de aparición de los síntomas y el modo de comienzo, ordenarlos cronológicamente, la duración total del cuadro clínico, la evolución de los síntomas en el tiempo, el tratamiento que ha recibido, el estado actual de los síntomas en el momento que lo atendemos, explorar el entorno psicosocial del paciente, así como también la relación de los síntomas con situaciones familiares, afectivas, aspiraciones, etcétera.

De todos los principios anteriormente señalados quisiéramos manifestar que por su importancia y por la frecuencia con que se producen errores en su pesquisa,<sup>7</sup> la descripción correcta del motivo de consulta y de los síntomas, son, a nuestro juicio, básicos en la obtención de la anamnesis. Sin interpretar exactamente la queja principal del paciente, todo el ejercicio diagnóstico ulterior no nos conducirá por buen camino.

Por otra parte, la descripción detallada de los síntomas nos orienta y nos permite descartar un número grande de posibilidades. Podemos citar que no es lo mismo decir que un paciente tiene un dolor torácico que describir un dolor retroesternal con las características semiológicas de un dolor anginoso ¿Cuántas posibilidades tendríamos que considerar y descartar en el primer caso? Estas quedarían reducidas a unas pocas si describimos el síntoma. Lo anteriormente dicho se puede aplicar a cualquier síntoma. Debemos recordar que para interrogar bien hay que saber mucho, según reza un viejo proverbio árabe.

**El examen físico:** complementa al interrogatorio, los signos físicos son "marcas" objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos sólidos e indiscutibles. Su significado es mayor cuando confirman un cambio funcional o estructural ya sugerido por la anamnesis.<sup>10</sup> Su valor en el diagnóstico ha sido ratificado por numerosos estudios.<sup>3,4,8,14</sup>

Los principios de un buen examen físico son:<sup>4,8</sup> tener un orden del conjunto y de los diferentes síntomas (si el procedimiento del examen no es sistemático es fácil omitir detalles), respetar el pudor del paciente, su privacidad, y concentrarse en el examen de cada cosa por separado, no todo al mismo tiempo. Es importante efectuar bien cada maniobra, el interrogatorio debe guiar al examen físico, cuando ya se tiene una sospecha diagnóstica, buscar todos los datos físicos que pueda producir dicha enfermedad. Debe hacerse una descripción minuciosa de cada signo encontrado, definir con claridad cuando el signo es equívoco o dudoso y consignarlo así. No nos cansaremos de repetir la importancia que tiene la descripción minuciosa de cada signo encontrado, pues no es lo mismo decir que el paciente tiene un soplo en foco mitral, que describir las características de ese soplo que nos pueden llevar de la mano al diagnóstico de una estenosis o una insuficiencia mitral.

El otro principio esencial es que el examen físico no debe ser neutro, sino estar guiado por la anamnesis. Lo que no se busca no se encuentra, el que no sabe lo que busca no entiende lo que encuentra. No es solamente la técnica la que determina el éxito para detectar signos, sino una mente preparada para percatarse de ellos.<sup>10</sup> Podríamos citar otras muchas sentencias y aforismos que señalan la importancia de la búsqueda activa, de los diferentes signos clínicos, guiada por la anamnesis. Debemos recordar también que la historia clínica más que una lista ordenada de síntomas y signos es una síntesis de hechos y observaciones.

**Asociación de los síntomas y signos:** los médicos tratamos de agrupar los síntomas y signos para realizar el ejercicio diagnóstico, para ello construimos determinadas asociaciones: tríadas, tétradas, y sobre todo, síndromes...

A medida que agrupemos más síntomas y signos tendremos que considerar menos enfermedades como causas del problema que presenta el paciente y su valor orientador será mayor. Por ejemplo: bocio, temblor, taquicardia y exoftalmo equivalen a hipertiroidismo; así como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso a la diabetes mellitus. Cada uno de estos síntomas y signos por separado obedecen a múltiples causas, de ahí la importancia de agruparlos. Debemos también señalar que hay síntomas y signos, que debido a su elevada sensibilidad o especificidad para una enfermedad, o su relación estrecha con su fisiopatología, tienen un mayor peso en el diagnóstico que la suma de otros síntomas o signos menos importantes. A los alumnos de Medicina se les enseña a reunir síntomas y signos para la construcción de síndromes.

Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que de modo frecuente se encuentran asociados, que se relacionan entre sí por medio de una particularidad anatómica, fisiológica o bioquímica, pero que pueden corresponder a etiologías diferentes. No necesariamente identifica la causa precisa de una enfermedad, pero disminuye el número de posibilidades, y a menudo, sugiere la necesidad de practicar ciertos estudios especiales clínicos y de laboratorio.<sup>10</sup> Los trastornos de cada sistema u órgano en el ser humano pueden reducirse a un número relativamente pequeño de síndromes.<sup>10</sup>

Un paso importante para el diagnóstico es qué síntoma o síndrome se escogerá para realizar el ejercicio diagnóstico. Se seleccionará el de mayor jerarquía o personalidad en el cuadro clínico del enfermo que no siempre coincide con su queja principal.<sup>4</sup>

Evidentemente que en un paciente con decaimiento, pero que tiene un sangramiento digestivo, utilizamos el sangramiento digestivo y no la astenia para realizar el ejercicio diagnóstico. Cuando es un síntoma o signo aislado lo que presenta el paciente, siempre el proceso del diagnóstico será más difícil, pero también encontraremos otros elementos que nos faciliten la tarea. Por ejemplo, si tenemos un paciente en que el único hallazgo es una hemoptisis, el considerar su edad, sexo, antecedentes de fumador, de tuberculosis personal o familiar o de bronquiectasias, etc., nos ayudará grandemente en el diagnóstico. En estos casos en que no podemos definir un síndrome, un enfoque ordenado del síntoma y antecedentes al signo y a los hallazgos de laboratorio, nos llevará al diagnóstico.<sup>10</sup>

Cuando construimos un síndrome debemos agrupar en él la mayor cantidad de síntomas y signos que presente el paciente. Si vemos un enfermo con disnea de esfuerzo, taquicardia, un soplo sistólico en foco mitral, crepitantes en las bases pulmonares, ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores, no debemos plantear un síndrome respiratorio, cardiovascular, tumoral e hidropígeno, sino un síndrome de insuficiencia cardíaca congestiva que los engloba a todos. Recordemos también que los síndromes respiratorio y cardiovascular no existen. Mientras más específico sea el síndrome, menos posibilidades diagnósticas estaremos obligados a considerar. El paciente puede presentar varios síndromes, y en este caso seleccionar para su análisis el más importante. Algunos autores<sup>4</sup> han clasificado los síndromes en “duros” y “blandos” de acuerdo con su valor diagnóstico. Evidentemente que los síndromes “duros” son los más importantes.

Como principios del razonamiento diagnóstico se deben tener en cuenta los siguientes:<sup>4</sup>

- Hacer un resumen objetivo del caso.
- Ordenar la información.
- Jerarquizar los síntomas y signos de acuerdo con su sensibilidad, especificidad, valor predictivo, importancia relativa en la fisiopatología de la enfermedad, potencial gravedad, etcétera.
- Agrupar los síntomas y signos encontrados.
- Distinguir entre síndromes “duros” y “blandos”.
- No hipertrofiar el diagnóstico con la creación de síndromes artificiales.
- Ir del síntoma y signo al síndrome, la nosología y la etiología.
- Tener una visión holística evitando el reduccionismo.
- Existen enfermos, no enfermedades.

En la búsqueda del diagnóstico podemos auxiliarnos de distintos procedimientos que expondremos a continuación:<sup>4,15</sup>

#### *Diagnóstico por comparación*

Cuando unimos los síntomas y signos del paciente construyendo un síndrome, pesquisamos todas las enfermedades en que este se pueda presentar (sus causas), y hacemos el diagnóstico comparando el cuadro clínico que presenta el paciente con el de estas enfermedades: qué tiene o qué no tiene de una o de otra, cuáles son las diferencias y semejanzas con cada afección, a cuál se parece más el cuadro del paciente y a cuáles menos. Es conveniente señalar que el paciente -aunque tenga una enfermedad- no precisa tener todos los síntomas y signos de la afección, y que otras enfermedades

pueden tener síntomas y signos similares a los del paciente. El diagnóstico se realiza por la mayor semejanza del cuadro clínico del paciente con el descrito para determinada enfermedad. El diagnóstico adquiere una mayor validez cuando se excluye la posibilidad de cualquier otra enfermedad (diagnóstico diferencial), basado en las diferencias del caso del paciente y todos los otros casos posibles.

El diagnóstico por comparación es el que más se ha usado en la práctica médica tradicional. La comparación del cuadro clínico del paciente, con el descrito para la enfermedad analizada en los libros de texto o el que recordamos de otros pacientes similares, está siempre presente en el ejercicio del diagnóstico.

#### *Diagnóstico por intuición*

Aquí el diagnóstico se realiza por el reconocimiento de patrones. Generalmente se hace en pacientes que tienen facies, manos, voz, características de la piel, o cualquier otro elemento que pueda identificarse por la observación externa del caso y que sea específico de una enfermedad. La experiencia previa (haber visto antes otro caso), el discernimiento, la capacidad de asociación y la de vincular lo que se ve con lo que se ha visto antes, son requisitos para realizar este diagnóstico.<sup>16</sup> Aunque muy gratificante para el médico que lo realiza, es raro en la práctica clínica. Ejemplos de este diagnóstico son casos de acromegalia, hiper o hipotiroidismo, síndrome de Cushing, enfermedad de Parkinson, etc., en los que se puede identificar la afección de una ojeada.

#### *Diagnóstico por hipótesis o terapéutico de Hufeland*

No existe un diagnóstico firme, sino una hipótesis que habrá de ser confirmada o no por el curso ulterior de la enfermedad o la acción del tratamiento impuesto. Aunque condenado por la clínica clásica, en la atención primaria -donde observamos que en muchos problemas que nos presentan nuestros pacientes, nunca se llega a un diagnóstico definitivo o son autolimitados- tiene importancia, y muchas veces hay que utilizar el tiempo como recurso diagnóstico, siempre y cuando se hayan descartado los procesos graves o aquellos en que una demora en el diagnóstico pueda tener consecuencias desfavorables para el paciente.<sup>9</sup> Recordar la máxima de *Kloetzal* : “En los pacientes ambulatorios, aguardar la evolución del cuadro, bajo una observación estrecha puede ser vista como una prueba diagnóstica”.

*Kassirer* y *Kopelman*<sup>17</sup> consideran 3 formas de razonamiento diagnóstico para la elaboración de las diferentes hipótesis diagnósticas:

#### **Probabilístico**

Está basado en la prevalencia de la enfermedad considerada en una población dada, en una edad, sexo o raza, o en la frecuencia de asociación de determinados signos y síntomas con dicha afección. Este tipo de razonamiento se utiliza mucho en Medicina, y sobre todo, en la atención primaria. Un viejo aforismo clínico reza: “Pensar siempre en lo frecuente, pero sin olvidar lo raro”.

Este método es de gran utilidad, pero siempre debe tenerse presente que el paciente que atendemos puede padecer de una enfermedad infrecuente, y para él esta afección no lo es, por lo que lo tendremos como orientador y siempre debemos estar atentos ante

cualquier señal que nos pueda revelar un padecimiento inusual. Un ejemplo de diagnóstico probabilístico es el de un íctero en un paciente de 18 años y en uno de 70, pues en cada caso las probabilidades diagnósticas son diferentes, debido a la distinta frecuencia de las causas de ictericia en las diversas edades.

### **Causal**

Deriva su poder diagnóstico de la capacidad de explicar el cuadro clínico del paciente; utiliza relaciones fisiopatológicas de causa a efecto entre datos, ya sean clínicos, humorales o de otro tipo; tiene un gran poder explicativo y se basa en conocimientos generados por las ciencias básicas de la Medicina.

En el caso de una paciente de 50 años con poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, astenia y antecedentes de haber parido macrofetos, y que además en el examen físico encontramos una obesidad de tipo central, se puede hacer un ejercicio diagnóstico planteando una diabetes mellitus y exponiendo que esa enfermedad explica todas las manifestaciones clínicas de la paciente.

### **Determinístico**

En él se aplican reglas predeterminadas en el proceso del diagnóstico, que es realizado analizando los elementos en conjunto como una regla: “En presencia de tales síntomas y signos, piensen en tal diagnóstico”. Es una estrategia diagnóstica de reconocimiento inmediato de un patrón. Así, por ejemplo, si hay fiebre, soplo y esplenomegalia, el paciente debe tener una endocarditis infecciosa; si íctero, fiebre y dolor en hipocondrio derecho, pensamos en una litiasis del colédoco; y ante cefaleas, fiebre, alteraciones de la conciencia y rigidez de nuca, no dudemos nunca en plantear una meningoencefalitis. Lamentablemente este tipo de razonamiento no es útil para muchos de los casos que atendemos, ni sirve para casos complejos o con varias enfermedades.

### **El método hipotético-deductivo**

A medida que los médicos adquieren más conocimientos y experiencias sobre las enfermedades, el proceso del diagnóstico ocurre muchas veces, de forma diferente. Cuando se comienza a recoger la anamnesis, basado en la queja principal, el aspecto general del paciente, su sexo, su edad y su raza, además de alguna que otra información, el médico genera un concepto inicial. Ejemplos de estos conceptos iniciales serían: “mujer de 20 años, con malestar general, náuseas, astenia, anorexia y orinas oscuras”; “hombre de 60 años con dolor en punta de costado, fiebre, tos, expectoración y disnea”. En el primer caso se planteará una hipótesis inicial de hepatitis viral, mientras en el segundo se considerarían las posibilidades de una neumonía bacteriana, el inicio neumónico de un cáncer del pulmón o una tuberculosis pulmonar. Las hipótesis iniciales son activadas por la información proveniente del paciente en interacción con la experiencia del médico en la atención de casos similares, y su conocimiento de los cuadros clínicos de las diversas enfermedades, que puedan manifestarse de forma semejante.

Una hipótesis es un diagnóstico presuntivo que el médico utiliza para explicar las quejas del paciente y que se deriva de un análisis del concepto inicial. Una vez formuladas las hipótesis iniciales, el médico insiste en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás. Este es el

llamado método *hipotético-deductivo*, y para usarlo el médico debe estar orientado por las hipótesis de forma de ganar tiempo y no pasar horas recolectando grandes volúmenes de información de poco valor. Se pesquisan datos, que de estar presentes, le dan más fuerza a su hipótesis, y de estar ausentes, la debilitan. El médico también trata de encontrar elementos que le ayuden a descartar o excluir otras hipótesis alternativas. A pesar de que se pueden dirigir el interrogatorio y el examen físico, se deben hacer lo más completos posibles, para que no escape ningún dato no sugerido por la impresión inicial, así como para detectar problemas asintomáticos o complicaciones de la enfermedad. También nos permite encontrar nuevos datos que variarán el enfoque preliminar.

En los pacientes nuevos, con varias enfermedades, con problemas de salud complejos, casos indefinidos, pacientes que llevan mucho tiempo sin visitar al médico o casos que no mejoran en un tiempo prudencial, el interrogatorio y el examen físico deben ser completos.<sup>3</sup>

La formulación de las primeras hipótesis al inicio de la consulta, casi inmediatamente después que el paciente ha planteado sus primeros síntomas, es contrario al punto de vista ortodoxo de que el médico debe recoger una gran cantidad de datos antes de elaborar sus hipótesis. Naturalmente que los estudiantes de Medicina tienen que pasar por esa laboriosa rutina, pero ello se debe a que todavía no tienen el conocimiento ni la experiencia necesaria para formular hipótesis productivas al inicio.<sup>3,18,19</sup>

En este método, cuando las evidencias niegan la hipótesis inicial, el médico la revisa, plantea nuevas hipótesis e inicia de nuevo el proceso de exploración, hasta que llega al diagnóstico de certeza o a un punto donde se siente lo suficientemente seguro como para tomar decisiones respecto al manejo del paciente.<sup>1,3,18,19</sup> Aun después de haber alcanzado ese punto, si el paciente no avanza en la forma prevista, el médico debe estar preparado para revisar su hipótesis. En las primeras etapas de la formulación de hipótesis es muy importante que el proceso sea lateral y divergente,<sup>19</sup> de manera que el médico pueda considerar las variadas explicaciones posibles a los síntomas del paciente, y se prueben hipótesis alternas (diagnósticos diferenciales).

Como ejemplo del método hipotético-deductivo podemos mostrar el caso de un paciente del sexo masculino, de 70 años, hipertenso, que concurre al médico con quejas de disnea a los esfuerzos. Se plantea una hipótesis inicial de insuficiencia cardíaca izquierda y se dirige especialmente el interrogatorio y el examen físico a buscar síntomas y signos de ese proceso, como son, ortopnea, tos nocturna, desplazamiento a la izquierda del latido de la punta, estertores crepitantes pulmonares, tercer ruido cardíaco, etc. Podemos indicar también un electrocardiograma y un Rx de tórax para encontrar elementos que apoyen nuestra hipótesis; además, indagaremos sobre el hábito de fumar, los antecedentes de problemas respiratorios crónicos y los signos broncopulmonares para descartar los problemas respiratorios como causa de la disnea. Otras posibilidades diagnósticas más raras pueden surgir si encontramos algún otro hallazgo al completar la historia clínica.

Como vemos, la estrategia de la exploración varía de acuerdo con la hipótesis planteada, pues se busca información en las áreas más productivas sin abandonar un enfoque sistemático y profundo del paciente. El interrogatorio guía al examen físico, y a su vez, sus datos nos guiarán a hacer un interrogatorio más detallado sobre ciertos órganos y

sistemas. Estudios actuales consideran que el proceso del diagnóstico se efectúa, preferentemente, por el método de solución de problemas clínicos, cuya base es el método hipotético-deductivo.<sup>1</sup>

Al elaborar y evaluar sus hipótesis diagnósticas, el médico combina de formas variadas los diferentes métodos y razonamientos,<sup>1,4</sup> lo cual le da mayor fortaleza a sus planteamientos. Específicamente en el diagnóstico en la APS se utilizan los diferentes métodos y razonamientos ya explicados, aunque no deben dejar de señalarse algunas particularidades propias de este medio:

- En la atención ambulatoria, el patrón de morbilidad se asemeja al de la comunidad. Esto significa que hay una alta incidencia de enfermedades agudas - muchas de ellas de carácter transitorio y curación espontánea- y una alta prevalencia de enfermedades crónicas y problemas de la conducta. El paciente se presenta con problemas que a menudo son una mezcla compleja de componentes físicos, psicológicos y sociales.
- La incidencia y prevalencia de las enfermedades en la práctica de la medicina familiar tienen un efecto importante sobre la probabilidad de la enfermedad y el valor predictivo de los síntomas, signos y pruebas.<sup>18,19</sup>
- Los pacientes concurren al Médico de Familia en el estadio inicial de sus problemas de salud, antes que el cuadro clínico se desarrolle por completo, por lo que se deberán tomar decisiones con indicios diferentes, pues los síntomas cambian a medida que la enfermedad avanza.<sup>9,18</sup>
- Hay que tener presente que cuando el paciente concurre por primera vez a la consulta, en las etapas iniciales de la enfermedad y en la variedad de afecciones vistas por el Médico de Familia, generalmente, los síntomas son más importantes, los signos se manifiestan con menor frecuencia y más tardíamente.
- Son importantes la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo del síntoma en las primeras etapas de la enfermedad.
- La frecuencia de las enfermedades en la comunidad y la de los síntomas en cada una de las enfermedades, los riesgos a que está sometido el paciente, así como el conocimiento previo que el médico tenga de él, son muy importantes para elaborar las diferentes hipótesis diagnósticas.

El método clínico tradicional incluye una serie de pasos ordenados y sucesivos que empiezan con la formulación del problema, luego la búsqueda de información mediante la anamnesis y el examen físico, para continuar con la exposición de la hipótesis diagnóstica explicativa basada en la información obtenida del paciente, la cual es contrastada después por la realización de exámenes complementarios o por la evolución del caso. Por último, sobreviene la comprobación.<sup>1,4</sup>

En los momentos actuales, con el desarrollo impetuoso de la tecnología, se ha producido una situación en que no pocos médicos y pacientes, han perdido la confianza en el interrogatorio, el examen físico y el razonamiento médico, y sobrevaloran el uso de la tecnología en el diagnóstico.<sup>4</sup> Cada vez con mayor frecuencia, nos consultan pacientes para que interpretemos el resultado de exámenes complementarios, sin nosotros saber quién, ni por qué se los indicaron. No es raro, tampoco, encontrarse con el caso de que a una pequeña anomalía en un examen complementario se le da más valor que al cuadro clínico del paciente.

Los exámenes complementarios tienen un uso definido,<sup>20</sup> y son solo un dato más en la atención al paciente, y como cualquier otro dato pueden no ser enteramente confiables. Además, a medida de que se realizan más exámenes complementarios en un paciente hay más probabilidades de tener un resultado falso positivo.<sup>3</sup> Hasta un estudio por imagen (que es lo más objetivo que hay) puede perder su significado si se abstrae del contexto clínico del paciente. Piense solamente en un Rx de tórax con una imagen que puede ser vista en múltiples procesos analizada sin conocer el cuadro clínico del paciente. ¡Hasta el patólogo necesita datos clínicos para hacer diagnóstico! La clínica debe decidir en el diagnóstico.<sup>4,8</sup>

Los principios para el uso de exámenes complementarios han sido expuestos en varios trabajos:<sup>4,8</sup>

- Selección correcta de los exámenes (guiados por la clínica).
- Realizar solo los necesarios (los que pueden cambiar nuestra conducta o alterar significativamente las probabilidades diagnósticas).
- Sopesar siempre los riesgos para el paciente (e informarle el examen que se va a hacer y los riesgos).
- Tener el consentimiento del paciente y sus familiares.
- Evitar la iatrogenia.
- Saber interpretar los exámenes.
- Integrarlos críticamente a la clínica del paciente (qué nos aportan y su relación con el cuadro clínico).
- Aportar datos clínicos suficientes al indicar pruebas y exámenes.
- Interconsultar con los especialistas que realizan pruebas y exámenes.
- Seguir una secuencia lógica al indicarlos.
- La incertidumbre existe en todas las investigaciones de laboratorio.

En la interrelación de la clínica con los exámenes complementarios para el diagnóstico, unas veces el peso mayor es la clínica, pero otras veces de la tecnología. Por ejemplo:

- En caso de angina de esfuerzo, el interrogatorio tiene la primacía.
- En un paciente con insuficiencia aórtica la auscultación es decisiva.
- En el síndrome de Wolf-Parkinson-White el electrocardiograma es insustituible.
- En un caso de prolapso de la válvula mitral, el ecocardiograma realiza el diagnóstico.
- En la migraña el diagnóstico es puramente clínico por interrogatorio.
- En un paciente con dolor intenso, hipersensibilidad y rigidez en los cuadrantes superiores del abdomen, la elevación de los niveles séricos de amilasa puede ser el punto fundamental.

Muchos otros ejemplos pueden ser citados para demostrar la interrelación armónica que debe existir entre la clínica y la tecnología. Otro aspecto importante es el caso en que encontramos con un resultado anormal o inesperado (que no se corresponde con la clínica del paciente) en un examen. La conducta lógica será,<sup>3</sup> por supuesto, repetir el examen; en caso de que llegue normal, olvidarlo; si aún estuviese anormal, pensar en un fármaco que el paciente estuviera tomando; si aun así permanece sin explicación, pensar en un diagnóstico diferencial para la anormalidad; y si fuera considerado indicar un levantamiento diagnóstico después de un análisis cuidadoso de todos los aspectos de la situación, inicie la investigación.

Está claro que si la anomalía es grande, de entrada hay que considerar las posibilidades diagnósticas sugeridas por el examen e iniciar la pesquisa. Pequeñas anormalidades llevan muchas veces a grandes levantamientos diagnósticos, muchos gastos y molestias en pacientes, que por lo demás, están sanos. Nada puede ser tan improductivo como el estudio exhaustivo de pequeñas anormalidades encontradas en pacientes asintomáticos.

Como resumen podíamos decir que el uso de la tecnología en el diagnóstico tiene como indicaciones,<sup>3</sup> reforzar una hipótesis diagnóstica; para comprobar una hipótesis diagnóstica; para excluir una enfermedad o reducir sus posibilidades; para pesquisar o rastrear enfermedades asintomáticas, en este caso descubren o excluyen una enfermedad específica; y no es menos cierto que algunas veces en el proceso del diagnóstico hay exámenes que se indican para tranquilizar al paciente y/o al médico.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Después de haber realizado esta breve revisión sobre las bases y procedimientos para efectuar el diagnóstico médico, quisiéramos dejar sentado que una buena relación médico-paciente, una anamnesis depurada y un examen físico preciso son las bases en que se apoya cualquier razonamiento diagnóstico. Hay diversos métodos y procedimientos para llegar al diagnóstico, todos tienen sus méritos, pero la utilización y combinación de varios de ellos le da más fuerza a nuestras conclusiones.

La tecnología es de gran ayuda en el diagnóstico, pero no sustituye a la clínica, ambas deben relacionarse armónicamente. Unas veces el peso específico mayor es de la clínica, y otras, de la tecnología. El diagnóstico ha sido, es y será siempre un reto intelectual fascinante para los médicos, y una fuente inagotable de satisfacciones en su vida profesional, siempre y cuando se dominen sus bases y procedimientos

## **SUMMARY**

### **The medical diagnosis: bases and procedures**

The importance of the medical diagnosis, its bases, and the different procedures to make it are stated.. The way diverse diagnostic hypotheses are established and analyzed, the significance of technology in the medical diagnosis, and the interrelation between clinic and technology are dealt with. Some particularities of the diagnosis in primary health care are also exposed.

**Key words:** Diagnosis, physician-patient relation, anamnesis, physical examination, complementary tests, diagnostic reasoning.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *Ateneo* 2000;1(2):85-9.
2. MINSAP. Formulario Nacional de Medicamentos. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2003:14-20.
3. Cutler P. Cómo solucionar problemas em clínica médica. Río de Janeiro. Edit. Guanabara Koogan, 1999:3-88.

4. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana. Edit. Científico-Técnica; 2001:47-166.
5. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos, 1999:7-18.
6. Moreno Rodríguez MA. Valor del interrogatorio en el diagnóstico. Rev Cubana Med. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2000;39:160-5.
7. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2000;39:106-14.
8. Selman-Houssein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2003:10-26.
9. Díaz Novás J, Fernández Sacasas J, Guerrero Figueredo A. El diagnóstico en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 1993;9(2):150-5.
10. Braunwald E. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. I. 11na. ed. Madrid: Mc Graw-Hill, 1989:1-14.
11. Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. Barcelona: Fontanella, 1976:63-4.
12. Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona. La Habana. Edit Científico-Técnica, 1958:XI.
13. Griffen WO. Medical education: A continuum in disrray. Am. J. Surg. 1987;154:255-60.
14. Saudler G. Cost of unnecessary test. Br Med J, 1979;2:21-4.
15. Llanio Navarro R. Propedéutica clínica y fisiopatología. Tomo I. Vol I. La Habana. Edit. Pueblo y Educación. 1982:1-8.
16. Laín Entralgo P. Diagnóstico de la enfermedad. En: Balcells Gorina A. Patología General. T.1. La Habana. Edit. Revolucionaria, 1967:18-27.
17. Kassirer JP, Kopelman RL. Learning clinical reasoning. Baltimore : Williams and Wilkins, 1991:1-332.
18. Rakel R. Tratado de medicina familiar. 5ta, ed. Río de Janeiro. Guanabara. Koogan, 1997:273-84.
19. Mc. Whinney I. Introducción a la medicina familiar. Mérida: Universidad de los Andes, 1987:91-119.
20. Díaz Novás J, Gallego Machado BR. La utilización de la tecnología adecuada. Rev. Cubana Med Gen Integr. La Habana. Edit. Ciencias Médicas, 2000;16(4):319-21 (formato electrónico).

Recibido: 21 de marzo de 2006. Aprobado: 20 de abril de 2006.

Dr. *José Díaz Novás*. Policlínico Docente "Lawton." Ave. Camilo Cienfuegos entre 10 y 11, Lawton, municipio 10 de Octubre, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: [jose.diaz@infomed.sld.cu](mailto:jose.diaz@infomed.sld.cu)

<sup>1</sup>Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular del Policlínico "Lawton."

<sup>2</sup>Especialista de II Grado en Pediatría. Profesora Auxiliar del Policlínico "Lawton."

<sup>3</sup>Especialista de I Grado en Medicina. Profesora Asistente del Policlínico "Lawton."