

INVESTIGACION PEDAGOGICA**El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico****Diagnostic Reasoning in the Clinical Method. Comparison and other Mental Processes as Tools for Clinical Judgments**

Dr. C. Luis A. Corona Martínez, ⁽¹⁾ Dra. Mercedes Fonseca Hernández. ⁽²⁾

¹ *Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.* ² *Especialista de II Grado en Pediatría. MSc. en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto. Cienfuegos.*

¹ *PhD. in Pedagogical Sciences. Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Full Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.* ² *Terminal Professional Degree in Pediatrics. MSc. in Medical Education. Associate Professor. Paquito González Cueto Pediatric University Hospital. Cienfuegos.*

RESUMEN

La obtención de la información clínica y la interpretación de dicha información son dos momentos del proceso de atención médica que están estrechamente relacionados; interpretar la información clínica significa emplear las operaciones del pensamiento en función del diagnóstico. El presente artículo está dedicado a los procesos mentales involucrados en el razonamiento o juicio clínico, y dentro de estos a la comparación como procedimiento. Se fundamenta la consideración de la comparación como procedimiento del pensamiento idóneo para el aprendizaje de cómo elaborar hipótesis diagnósticas, precisamente en las condiciones de inexperiencia del estudiante de Medicina. Las ideas expuestas han sido resumidas en algunas reglas que todo estudiante debería tener en cuenta en el aprendizaje del proceso de diagnóstico por comparación.

Palabras clave: diagnóstico clínico; procesos mentales; información

ABSTRACT

Obtaining clinical information and interpreting that information are two important and closely related moments in the process of delivering medical attention: interpreting clinical information means to use thinking processes in order to get a diagnosis. This article is dedicated to the mental processes involved in reasoning or clinical judgement including comparison as one of them. We support comparison as the ideal thinking process for learning how to develop diagnostic hypotheses, mostly in the context of inexperienced medicine students. Main ideas have been summarized in some rules that every student should consider when learning the diagnostic process carried out through comparison.

Key words: clinical diagnosis; mental processes; information

Recibido: 4 de enero de 2012

Aprobado: 8 de febrero de 2012

Correspondencia:

Dr. C. Luis A. Corona Martínez.
Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima.
Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.
Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: corona@jagua.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El estudio de la asistencia médica como un proceso, y dentro de este el estudio de su método, el método clínico, ha permitido elaborar distintos modelos que facilitan la mejor comprensión de la actividad asistencial y, con ello, una oportunidad de mejora en dicha práctica y la identificación de novedosos elementos de valor para la enseñanza de este proceso. ⁽¹⁻⁴⁾

Uno de los modelos que más utilidad ha mostrado ha sido la representación del proceso de atención médica como un proceso de toma de decisiones; modelo en el cual se reconoce la existencia de tres grandes momentos en este proceso que, aunque están muy relacionados entre sí, son claramente distinguibles: la obtención de información, la interpretación de la información y la toma de decisiones. ⁽²⁾

En un artículo anterior se profundizó en los aspectos relacionados con la capital importancia de la información clínica obtenida a través del interrogatorio y del examen físico, así como también en las limitaciones de la "clínica"; aspectos ambos sumamente relevantes en la conformación del diagnóstico. ⁽⁵⁾

Y es que, como ya se ha expuesto antes, la obtención de la información clínica y la interpretación de dicha información, como momentos del proceso de atención médica, están estrechamente relacionados. Interpretar la información clínica significa emplear las operaciones del pensamiento en función del diagnóstico.

A pesar de la relevancia del razonamiento diagnóstico, ha sido llamativa la escases de trabajos que profundicen en cómo transcurren los procedimientos mentales implicados en dicho razonamiento.

El estudio en este aspecto, en nuestra opinión insuficiente, determina la carencia de herramientas didácticas para su enseñanza y aprendizaje, cuando se compara por ejemplo, con el amplio conocimiento existente para el estudiante de Medicina sobre el cómo aprender a interrogar y examinar un paciente para la obtención de la información clínica. Como reconoce el profesor Moreno: *...es realmente sorprendente que muchos planes y programas de estudio no contemplen brindar, ni en el pregrado ni en el postgrado, un conocimiento detallado de cómo se efectúa el razonamiento diagnóstico...* ⁽⁶⁾ El aprendizaje es, fundamentalmente, empírico.

Es precisamente a los procesos mentales involucrados en la interpretación de la información obtenida por el médico, al razonamiento o juicio clínico, y dentro de este a la comparación como procedimiento, que será dedicado el presente artículo, con el cual se pretende en primer lugar, llamar la atención de nuestros estudiantes y profesores acerca de la necesidad de un abordaje particular en la enseñanza-aprendizaje de esta área del conocimiento médico y, en segundo lugar, ofrecer ideas orientadoras que posibiliten estos procesos, lo cual contribuirá en una mayor calidad de la asistencia médica.

DESARROLLO

I.- Métodos para la búsqueda del diagnóstico

Están reconocidos cuatro métodos (o más bien, variantes, a nuestro juicio) utilizados para arribar al diagnóstico del problema del paciente. Estas variantes son:

- El diagnóstico intuitivo.
- El diagnóstico diferencial (o por comparación).
- El diagnóstico inductivo.
- El diagnóstico hipotético.

Estas cuatro maneras de arribar al diagnóstico han sido expuestas, analizadas e ilustradas con profundidad en importantes textos de Medicina ^(6,7) en nuestro contexto, por lo que sólo se harán en este trabajo algunos apuntes.

El diagnóstico intuitivo, según bien deja claro el profesor Moreno, no es una "adivinación", "... sino una consecuencia de la práctica, la experiencia acumulada y la actividad racional y lógica de la conciencia". ⁽⁶⁾ En otras palabras, no es más que un rápido reconocimiento de patrones.

Para este diagnóstico, también conocido como diagnóstico directo, son esenciales la existencia de experiencia y una elevada capacidad de asociación rápida entre el cuadro del paciente y lo que se tiene en la memoria. El diagnóstico de neumonía neumocócica vendrá rápidamente a nuestra mente ante un paciente adulto joven, con fiebre aguda, dolor en punta de costado, tos con expectoración herrumbrosa y la presencia de crepitantes en la base pulmonar.

Cómo se puede comprender, el diagnóstico intuitivo, dada la necesidad de experiencia, no es un prototipo válido para la enseñanza del razonamiento diagnóstico, al menos inicialmente.

La inducción es el razonamiento que va de lo particular o de los hechos singulares a las generalizaciones; la deducción, por el contrario, es el razonamiento que transita de lo general a lo particular. El diagnóstico inductivo, en su denominación, no expresa totalmente lo que ocurre en nuestro pensamiento diagnóstico. Y no es que esté ausente la inducción en el diagnóstico, sino que en este, al mismo tiempo que se induce, también se deduce; y en ello se manifiesta la unidad de este par de categorías dialécticas.

Hay inducción en el diagnóstico porque a partir de manifestaciones particulares (síntomas y signos) se elabora un juicio generalizador: la enfermedad del paciente. Hay deducción en el diagnóstico porque a partir del conocimiento general acerca de las enfermedades se arriba al conocimiento de una afección particular en un individuo concreto. Evidentemente, ambos procedimientos están presentes. El método clínico no es un método puramente inductivo, sino inductivo-deductivo. ⁽⁶⁾

Esta misma situación se da en la participación en el

pensamiento diagnóstico, de otras dos categorías que constituyen un par dialéctico: el análisis y la síntesis. Hay análisis porque el proceso morboso se descompone, mediante las herramientas clínicas, en síntomas y signos. Hay síntesis porque los síntomas y signos que conforman la historia del paciente se integran para reconstruir el proceso morboso, pero con una nueva cualidad: el conocimiento de la enfermedad. El pensamiento diagnóstico es analítico y sintético al mismo tiempo.

De esta misma manera se puede comprender también cómo en el razonamiento diagnóstico se pasa de lo concreto (el paciente) a lo abstracto (las enfermedades a considerar) para regresar de nuevo a lo concreto-pensado (la enfermedad del paciente).

El diagnóstico por hipótesis, o diagnóstico terapéutico, no es otra cosa que intentar confirmar el diagnóstico presuntivo mediante la respuesta a un tratamiento indicado, dada la imposibilidad de lograr la confirmación por otros medios (complementarios). En realidad, en la práctica, muchos diagnósticos son asumidos en calidad de hipótesis y, como tal, manejados terapéuticamente: "gripe", migraña, gastroenteritis aguda, etc. Diferente es la situación de afecciones que requieren para su solución tratamientos muy específicos o riesgosos, por lo que se hace necesario reducir al máximo posible la incertidumbre diagnóstica.

La limitación más importante del diagnóstico terapéutico, a nuestro juicio, es que esta modalidad no expresa o se refiere a alguno de los procedimientos mentales involucrados en el razonamiento diagnóstico; procedimientos que tuvieron que haber intervenido en la conformación de la hipótesis a contrastar mediante la terapéutica. Esta limitación interfiere en la utilización de esta modalidad en la enseñanza del proceso de elaboración de hipótesis diagnósticas.

El profesor Moreno, en su antológico libro "El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales",⁽⁶⁾ ha dedicado un espacio amplio al tema de la elaboración de las hipótesis diagnósticas; e ilustra magistralmente cómo operan las modalidades aquí mencionadas. Hace extensiva sus disertaciones al papel en el diagnóstico de la heurística, los silogismos y a los enfoques determinísticos, probabilísticos y causales; aspectos en los cuales no nos detendremos.

II.- La comparación como procedimiento mental en el juicio clínico

Si bien el razonamiento diagnóstico es, al mismo tiempo, un proceso inductivo-deductivo, un proceso analítico-sintético, un proceso que transita de lo concreto a lo abstracto para regresar a lo concreto-pensado, existe un procedimiento mental que interviene de una manera muy decisiva en la conformación de las hipótesis diagnósticas, máxime en las condiciones de escasa experiencia clínica propias de las etapas iniciales de formación del médico. Nos referimos a la comparación.

En aras de facilitar a estudiantes y profesores su comprensión en función de la enseñanza-aprendizaje de la interpretación de la información, del razonamiento diagnóstico, profundizaremos en este procedimiento mental.

Pero, ¿qué es comparar? La comparación es, de forma simplificada, el procedimiento mental que permite establecer similitudes y diferencias entre objetos, en cuanto a sus cualidades, características y propiedades. Aplicado este concepto a nuestro objeto de estudio (el razonamiento o juicio clínico), el diagnóstico por comparación es el proceso de búsqueda o identificación de similitudes y diferencias entre el cuadro clínico del paciente y las representaciones mentales (modelos teóricos) que el médico ha construido de las diversas afecciones con las cuales puede estar en relación el contexto clínico del paciente.

La identificación de un síntoma predominante o de uno o más síndromes se convierte en el elemento vinculante entre el contexto clínico del paciente y aquellas afecciones con las cuales será comparado dicho contexto, pues este síntoma o síndrome determinará qué enfermedades serán utilizadas en el proceso de comparación y cuáles no.

II.1.- Condiciones necesarias para el adecuado proceso de comparación en función del diagnóstico

Un adecuado diagnóstico por comparación descansa en dos condiciones elementales, en calidad de premisas. Primero, exactitud y precisión del contexto clínico del paciente. Segundo, la existencia en el médico de suficientes representaciones mentales, en cantidad y en calidad, de las enfermedades o afecciones humanas.

La primera, expresa la relevancia de la realización con excelencia de una caracterización sintomática y signológica del proceso morboso en un individuo concreto. La segunda, manifiesta la importancia de la base teórica o cuerpo de conocimientos que el médico debe dominar.

En relación con la primera condición, el contexto del paciente, es necesario realizar las siguientes consideraciones:

En primer lugar, la conformación de este contexto está determinada por las habilidades del médico para llevar a cabo ese primer momento del proceso de atención médica: la obtención de información; y de lo cual se deduce la incuestionable y trascendente importancia de las competencias clínicas del médico (el interrogatorio, el examen físico). Como se conoce, estas herramientas clínicas requieren de muchos años de ejercitación, con múltiples vivencias, para alcanzar elevados niveles de maestría en su ejecución.

En segundo lugar, hay que tener en cuenta que la enfermedad o proceso morboso en el individuo afectado no es un proceso estático, sino dinámico. Por tanto, el contexto clínico, con sus síntomas y signos, también será dinámico, cambiante y, con ello, susceptible de continua

reevaluación. En otras palabras, no todas las manifestaciones clínicas suelen aparecer al unísono en todas las enfermedades, y ello determina que el médico deba tener siempre una disposición elevada a la identificación de cambios en la clínica del paciente, lo cual significa no conformarse con la historia clínica "del primer día".

Muy unido a lo anterior, y más conocido en nuestro campo, es el hecho de que en realidad asistimos a individuos enfermos y no a enfermedades. Ello significa que, en el sentido más elemental, no todas las manifestaciones clínicas que caracterizan a una determinada enfermedad tienen necesariamente que estar presentes en cada persona afectada por esta, dándole variabilidad al contexto clínico de una misma afección en los diferentes individuos.

Adicionalmente, hay que destacar que, por otras múltiples razones, no siempre se logra conformar un contexto clínico exacto, preciso y confiable; todo lo cual determina que la "clínica" posea implícitamente cierto grado de incertidumbre.⁽⁵⁾ Incertidumbre que debe ser tenida en cuenta por todo médico durante el razonamiento diagnóstico.

Analicemos ahora lo referente a los "modelos" o "representaciones teóricas".

Un modelo, en su acepción más sencilla, es una representación de un determinado objeto o fenómeno de la realidad. El ser humano elabora representaciones mentales de todo lo que le rodea, y de su mundo interno también. Cuando se menciona la palabra "automóvil" todos sabemos lo que significa porque tenemos en nuestra mente una representación de lo que es un automóvil; representación constituida no con todos los elementos que pueden estar presente en un automóvil, sino por los elementos más esenciales y característicos de ese objeto. Es esta una de las características fundamentales de los modelos: incorpora fundamentalmente la esencia de los fenómenos.

Igual sucede con las afecciones humanas. Todo médico conforma en su mente representaciones de las enfermedades. La enfermedad "X" suele ser más frecuente a determinada edad y en determinado sexo; suele aparecer en determinadas circunstancias, o época del año; o asociada a ciertos factores de riesgo o elementos predisponentes. Cursa con una constelación más o menos característica de síntomas y signos; y puede provocar también alteraciones más o menos predecibles en los exámenes complementarios. También suele tener determinado curso evolutivo. Todos estos elementos conforman un modelo o representación mental de la enfermedad "X". En esta representación de la enfermedad "X" aparecerán detallados los rasgos o elementos más distintivos, la esencia de la enfermedad. Y sin estas representaciones será imposible realizar el diagnóstico.

Ahora bien, ¿cómo se elaboran estos modelos teóricos o representaciones mentales?

La primera cuestión, una vez llegado a este punto, radica en que la elaboración de estos modelos es un proceso de construcción individual que se da en el proceso de aprendizaje individual y grupal. Proceso de construcción individual en el que se transita desde las representaciones externas hasta las representaciones internas, de acuerdo a una lógica fundamentada hace años ya por el psicólogo ruso Galperin.⁽⁸⁾ El calificativo de "individual" es trascendental, y determina que cada persona construirá su propio modelo, en lo cual se profundizará posteriormente.

La primera fuente de referentes que tiene el estudiante de Medicina para el proceso de construcción de representaciones mentales de las enfermedades proviene del conocimiento universal, obtenido a través de la lectura y estudio crítico de la literatura médica. Ahí está el conocimiento sistematizado, elaborado durante siglos, donde cada enfermedad conocida con menor o mayor profundidad tiene su espacio y su descripción teórica. Por eso, nuestros estudiantes y residentes deben leer intensamente; deben dedicar muchas horas al estudio de la literatura médica y, de esta forma, "beber de la fuente de la sabiduría universal". Ello permitirá en un principio, la conformación de ricas y profundas representaciones mentales de un amplio número de enfermedades, la adquisición de un amplio bagaje teórico; lo cual significa sólidos cimientos y columnas del edificio del conocimiento y actuación profesional.

Si bien la incorporación del conocimiento sistematizado mediante la lectura y estudio es la fuente inicial en el proceso de construcción del conocimiento, fuente casi exclusiva o altamente protagónica en los momentos iniciales de la carrera, progresivamente este proceso se ve influenciado de una manera cada vez más creciente por las experiencias individuales derivadas de la práctica cotidiana.

La exposición durante años a múltiples vivencias, mediante una práctica intencionada, motivadora y, sobre todo, muy reflexiva, se va convirtiendo paulatinamente en la fuente fundamental para la construcción de los modelos mentales de las enfermedades en cada estudiante y médico. Y no es que sustituya al estudio y la lectura, sino que lo complementa. El estudiante debe ver en su práctica, como criterio de la verdad, la oportunidad de contrastar personalmente el conocimiento universal aprendido de la literatura científica, con la realidad de la presentación de las enfermedades en cada paciente singular; lo que en esencia se convierte en un proceso de validación y de enriquecimiento de las incipientes representaciones mentales conformadas, las cuales por tanto, no son estáticas ni definitivas.

De hecho, parece ser que con el paso de los años de ejercicio profesional y la consiguiente adquisición de la llamada "experiencia", las vivencias de la práctica inciden de una manera mucho más determinante en la

reconformación cotidiana de las representaciones mentales que las lecturas de la literatura que pudieran ser realizadas.

La necesidad de "aprender" con la práctica puede ser explicada de otra manera. Muchas veces los médicos no tenemos en cuenta que en las descripciones de las enfermedades que aparecen en los libros de texto no están representados la totalidad de los pacientes que, en algún momento y en algún lugar, han padecido esas enfermedades. Ni siquiera la mayoría de ellos. Por lo tanto, las generalizaciones realizadas de las series de casos no pueden contemplar todas las manifestaciones que resultan de la singularidad de cada ser humano enfermo. Esa singularidad se aprende paciente a paciente; día a día. Una de las consecuencias de esta situación es que a veces nos resistimos a asumir un diagnóstico porque no tenemos explicación para determinado fenómeno, sin darnos cuenta que sencillamente... "no todo está descrito".

Las anteriores ideas tienen las siguientes implicaciones. Primero, los modelos teóricos de las enfermedades que cada médico construye son, en alguna medida, patrimonio personal, y pueden por tanto, de cierta forma, diferir de un médico a otro, no ser totalmente iguales entre ellos. Segundo, las representaciones están sometidas a constante actualización, cambian con el paso del tiempo y la práctica; la construcción es permanente.

La otra cuestión importante en este punto radica en que los modelos conformados no sólo deben ser flexibles y abiertos a la actualización permanente. Deben estar constituidos por un núcleo más estable, más permanente; contenido de las características y rasgos clínicos más frecuentes y representativos, los más típicos de la enfermedad. Este núcleo debe estar acompañado de un halo de elementos clínicos menos frecuentes y probables, y que incluye las manifestaciones atípicas de la afección. Este halo determina que los bordes o límites de las representaciones mentales no estén estrictamente delimitados y tengan más bien una apariencia difusa.

El médico que opera únicamente con los elementos del núcleo limita la posibilidad de identificar la enfermedad en un paciente con formas o manifestaciones atípicas; por otra parte, cuando el médico utiliza con excesivo protagonismo los elementos periféricos al núcleo se sobrestiman las probabilidades de que una determinada enfermedad esté presente, con el consiguiente riesgo de someter al paciente a pruebas invasivas confirmatorias, quizás innecesarias en ese caso.

Adicionalmente, una adecuada representación mental de una enfermedad debe tener en cuenta el ya señalado carácter dinámico de las afecciones humanas. En la práctica asistencial cotidiana y en las discusiones de casos, las cuestiones antes mencionadas se ponen de manifiesto cuando, por ejemplo, estudiantes, internos y médicos "descartan" categóricamente la posibilidad de que un paciente presente determinada enfermedad que

en etapas avanzadas produce una amplia gama de manifestaciones clínicas, por la ausencia de un cuadro florido en el enfermo, sin percatarse que pudieran estar asistiendo al paciente en una etapa precoz de la afección; precisamente en el momento en el que más probabilidades existen de realizar una intervención eficaz si se buscara y demostrara la enfermedad. Ejemplo típico: las enfermedades neoplásicas, entre ellas el cáncer de pulmón. Igualmente, las presentaciones oligosintomáticas y las llamadas "formas frustradas" nos recuerdan que las representaciones mentales que construimos deben tener muy en cuenta que asistimos a enfermos, y no a enfermedades.

La manera en que el médico maneja el contenido del "núcleo" y el del "halo"; la manera en que se mueve entre la clínica típica y la atípica en el proceso diagnóstico que ejecuta; la manera en que le da mayor o menor relevancia a la presencia o ausencia de manifestaciones o signos frecuentes e infrecuentes en un caso concreto; la manera en que se le da mayor o menor significación a la presencia o ausencia de un dato clínico específico, constituyen un punto crítico en el proceso del conocimiento de la afección del paciente; punto que determina en gran medida la sagacidad y maestría diagnóstica del médico. Posiblemente, también, uno de los aspectos más difíciles de comprender, de aprender, y de enseñar.

11.2.- La dinámica del proceso de comparación en función del diagnóstico

El proceso de comparación del contexto clínico del paciente y las representaciones mentales (de las enfermedades) construidas por el médico, posee ciertas características en su dinámica de ejecución.

El médico debe identificar, dentro del contexto clínico del paciente, aquel conjunto de síntomas y signos (síndrome) o aquel síntoma "capital" (o síntoma "guía", como también se le pudiera llamar, en ausencia de síndrome) que oriente la selección de aquellas enfermedades, dentro del gran universo de afecciones existente, cuyas representaciones serán comparadas con el cuadro clínico del enfermo. Es por ello que el diagnóstico sindrómico o el diagnóstico del síntoma capital juegan un papel trascendente en el proceso de comparación diagnóstica; cuestión que ha sido desarrollada con más profundidad en un artículo previo,⁽⁹⁾ en plena correspondencia con las posiciones del profesor Moreno.⁽⁶⁾ Este subproceso dentro del proceso diagnóstico pudiera ser denominado "despliegamiento de los posibles diagnósticos a considerar".

Como la gran mayoría de los síndromes o signos capitales poseen muchas afecciones como posibles causas, suele ser de mucha utilidad en el plano didáctico que orientemos a nuestros estudiantes a organizar el pensamiento para el proceso de comparación "contexto del paciente-representaciones mentales" mediante el establecimiento de grupos de afecciones a partir de determinado criterio. Esta idea es de evidente aplicación

en las actividades de discusión diagnóstica que realizamos con los alumnos, ya sea con pacientes vivos o con pacientes fallecidos (las llamadas "pieza fresca" y las clínico-patológicas)

Por ejemplo, las afecciones a comparar, por ser causas del síndrome identificado en el paciente, pueden ser distribuidas según la naturaleza de las mismas: las de origen inflamatorio, las infecciosas, las tumorales, las causas degenerativas, las metabólicas, o las vasculares. Entonces el estudiante hará la comparación ordenadamente transitando de un grupo de enfermedades a otro, y precisará a qué afecciones se parece más el cuadro clínico del paciente y a qué afecciones no. Obsérvese que el criterio utilizado para clasificar las enfermedades a analizar ha sido la naturaleza de la afección; criterio muy frecuentemente utilizado en pacientes con enfermedades neurológicas.

Otros criterios para clasificar las enfermedades son por ejemplo, el que hace referencia a aparatos, sistemas u órganos: causas respiratorias, cardiovasculares o hematológicas, muy empleado en el paciente con hemoptisis; causas esofágicas, gástricas o duodenales, utilizado en el paciente con sangrado digestivo alto. También está el criterio de localización topográfica dentro de un mismo sistema u órgano, como es el caso de las causas corticales, subcorticales, del tallo cerebral y medulares para el análisis de un paciente con síndrome hemipléjico; y la localización alta, media o baja en el caso de pacientes con disfagia. A veces el criterio está dado por el mecanismo de producción, como es el origen hemolítico, hepatocelular u obstructivo de la ictericia de un paciente; o las causas premedulares, medulares o posmedulares en el análisis de pacientes con anemia.

Quizás los criterios más frecuentemente empleados son aquellos que hacen referencia a la forma de aparición de las manifestaciones clínicas y al tiempo de evolución de estas: las causas agudas, subagudas o crónicas del síndrome febril; o agudas y crónicas en el paciente con dolor abdominal o diarreas.

Independientemente del criterio utilizado para organizar mentalmente las afecciones a someter a comparación, en todos los casos, en el análisis, no se puede perder de vista la perspectiva de la frecuencia de las enfermedades, porque en cada subgrupo de afecciones serán siempre priorizadas para la comparación aquellas enfermedades de mayor prevalencia o incidencia en un contexto geográfico o de tiempo concreto.

El "despliegamiento de los posibles diagnósticos a considerar" a partir de síndromes o síntomas capitales adquiere mayor relevancia en el personal médico en formación al constituir esta la vía fundamental (y casi única en los primeros años de la carrera) para seleccionar las posibles afecciones a considerar en el paciente. Y no es que pierda importancia posteriormente en la actividad asistencial del médico. El asunto es que, con la práctica cotidiana y sus vivencias, aparece otro

fenómeno ya mencionado por el profesor Ilizástegui: la "activación de hipótesis".⁽¹⁰⁾

Cuando se cuenta con cierta experiencia asistencial, en la medida que transcurre la entrevista médica o el examen físico del enfermo, ciertos datos, aislados o en un conjunto, van "despertando" en nuestra mente un grupo de afecciones que serán consideradas como posibles diagnósticos. Inevitablemente, cuando un paciente refiere "dolor en el pecho" en nuestro pensamiento aparecerá la posibilidad de una enfermedad coronaria; de la misma manera que una "expectoración con sangre" despertará la sospecha de cáncer de pulmón o tuberculosis pulmonar, y una "fiebre" la de un proceso infeccioso.

Entonces sucede que las hipótesis "activadas" le dan un sentido más definido al interrogatorio y examen del paciente, adquiriendo un carácter orientador de la información a obtener mediante tales herramientas clínicas; información con la cual las hipótesis activadas ganarán o perderán probabilidades de ser planteadas como las afecciones concretas del paciente. Vuelve a relucir aquí el asunto de las representaciones mentales: si tales representaciones no existieran en la mente del médico, entonces no tendría el banco de conocimientos proveedor de los datos clínicos a buscar en el paciente.

Es por este bidireccional fenómeno que la elaboración de hipótesis diagnósticas (la interpretación de la información) no puede ser vista desvinculada de la conformación del contexto clínico del paciente (obtención de la información), sino que deben ser asumidos como dos momentos del proceso asistencial indisolublemente interrelacionados; como dos momentos que se influyen mutuamente.

Por un camino u otro (el despliegamiento de posibles diagnósticos o la activación de hipótesis), la resultante de la comparación diagnóstica es el planteamiento o selección de un número variable, pero generalmente reducido, de posibles diagnósticos, los cuales serán sometidos a contrastación mediante pruebas complementarias en unos casos, mediante la respuesta terapéutica en otros e, incluso, mediante la evolución espontánea de la enfermedad en algunos pacientes.

Un último aspecto al cual le concedemos una gran importancia por su utilidad práctica, es que este planteamiento o selección de hipótesis diagnósticas debe contener, a nuestro juicio, como cualidad, un ordenamiento de las enfermedades según las probabilidades de ser la real responsable de la afectación de la salud de un ser humano. Pero este enfoque probabilístico debe ser entendido de una manera cualitativa y no numéricamente; la utilización de categorías cualitativas (muy probable, altamente probable, poco probable, altamente improbable), puede ayudar a determinar el orden de prioridad en la selección de los medios complementarios a utilizar, en la secuencia de las investigaciones a realizar.

A manera de resumen, hemos sintetizado las ideas aquí

expuestas en algunas reglas que todo estudiante debería tener en cuenta en el aprendizaje del proceso diagnóstico, las cuales se presentan en el siguiente cuadro:

- Dominar el arte y la técnica del interrogatorio y el examen físico.
- Mantener una mente siempre abierta a cualquier detalle o dato nuevo que pudiera aparecer en la historia del paciente.
- Combinar, en la conformación de la historia, el abordaje clínico amplio con el abordaje dirigido por hipótesis.
- Construir y actualizar permanentemente sus propias representaciones mentales, a partir del estudio y práctica sistemáticas.
- Tener en cuenta en la construcción de los modelos teóricos, lo esencial y no esencial (lo típico y lo no típico); así como el carácter singular de los pacientes.
- Identificar el síndrome más generalizador (o signo en ausencia de síndrome) que oriente hacia el conjunto de enfermedades a someter a comparación con el cuadro del paciente.
- Considerar la mayor cantidad posible de afecciones en el proceso de comparación.
- Organizar las afecciones a someter a comparación mediante algún criterio, dando prioridad en cada categoría a las más frecuentes.
- Fundamentar mentalmente cada afección analizada mediante sus elementos a favor y en contra para ser asumida como posible diagnóstico en el paciente.
- Establecer, como conclusión del proceso de comparación, un listado de posibles hipótesis ordenadas según sus probabilidades; probabilidades utilizadas con un enfoque cualitativo.

CONSIDERACIONES FINALES

Generalmente, cuando se abordan las cuestiones relacionadas con el deterioro de la utilización del método clínico en la práctica médica asistencial, los análisis se centran en las insuficiencias de las habilidades clínicas correspondientes con el interrogatorio y el examen físico y, consustancialmente, en el sobredimensionamiento del papel de los exámenes complementarios en el proceso diagnóstico y el consiguiente uso no siempre racional de esa tecnología. Muy pocas veces se hace alusión al deterioro que ha sufrido la capacidad de pensar de nuestros médicos; capacidad que adquiere un papel protagónico justamente en la elaboración de las hipótesis diagnósticas, en la interpretación de la información clínica.

Precisamente, este artículo pretende hacer conciencia en profesores y estudiantes de la necesidad de dedicar una atención especial a la enseñanza y aprendizaje de los procedimientos involucrados en el juicio clínico. De poco servirá conformar una historia clínica amplia, profunda y precisa, si poco se puede hacer con ella por estar limitadas las posibilidades de interpretar dicha historia.

Y estos procedimientos del pensamiento que participan en el razonamiento diagnóstico, al constituir contenidos de aprendizaje en la carrera de Medicina, se convierten en importantísimas habilidades a desarrollar en el

proceso docente educativo. Como habilidades que son, su aprendizaje requiere por la parte profesoral de una adecuada orientación del estudiante, una correcta demostración y una conducción acertada de la ejercitación.

Aún reconociendo que en el área del razonamiento diagnóstico queda mucho por investigar y esclarecer, se ha fundamentado en este trabajo el papel de la comparación en la elaboración de las hipótesis diagnósticas.

Parece ser este procedimiento mental el idóneo para el aprendizaje de esta fase del método clínico, en las condiciones de inexperiencia del estudiante de Medicina. Paulatinamente se irá desarrollando en el estudiante y médico novel la capacidad de reconocer patrones característicos de ciertas enfermedades, fundamentalmente las más frecuentes; el diagnóstico directo será entonces inevitable en esas afecciones y en situaciones típicas, donde la comparación será tan fugaz que parecerá sustituida por una intensa capacidad de asociación entre el contexto clínico del paciente y las representaciones mentales.

Reiteramos la importancia de la calidad de la historia clínica como premisa para un adecuado diagnóstico. La información clínica es la "materia prima" que será procesada en nuestra "maquinaria" mental: las operaciones del pensamiento, sobre la base de "moldes" progresivamente contruidos: las representaciones

mentales. Reiteramos también entonces la capital trascendencia del estudio y la práctica. Como afirma el profesor Moreno *"no se diagnostica lo que no se conoce o aquello en lo que no se piensa... y se diagnostica con dificultad aquello que se ha visto en contadas ocasiones"*.⁽⁶⁾

Dos cuestiones más deben ser mencionadas. El enfoque del diagnóstico aquí analizado, dirigido en esencia a la identificación de la afección que presenta el paciente, no debe ir reñido con la concepción del diagnóstico integral del enfermo; diagnóstico este que desborda la identificación de una enfermedad para, con ello, expresar un nivel cualitativamente superior del conocimiento de la situación real de un individuo como

ser biológico, psicológico y sociocultural.

El otro aspecto radica en que, intencionalmente, hemos excluido del análisis realizado los aspectos relacionados con la utilización de exámenes complementarios, para circunscribirnos al diagnóstico clínico. Pero el conocimiento de la situación de un paciente no descansa exclusivamente en el análisis de la información clínica. Los exámenes complementarios constituyen, indiscutiblemente, una importante fuente de información que debe ser primeramente "obtenida" y luego "interpretada"; y las anomalías de estos exámenes también tienen su espacio en los modelos teóricos o representaciones mentales de las enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corona Martínez L. La atención médica como proceso. Aplicación del enfoque sistémico al estudio de la asistencia médica. Medisur [revista en Internet]. 2007 [citado 19 Dic 2011]; 3(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.Medisur.sld.cu/index.php/Medisur/article/view/106>.
2. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M. Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 19 Dic 2011]; 8(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.Medisur.sld.cu/index.php/Medisur/article/view/1062>.
3. Corona Martínez L. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [citado 19 Dic 2011]; 5(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.Medisur.sld.cu/index.php/Medisur/article/view/235>.
4. Corona Martínez L. Representación esquemática-sintética del modelo de método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur [revista en Internet]. 2007 [citado 19 Dic 2011]; 5(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.Medisur.sld.cu/index.php/Medisur/article/view/234>.
5. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M. El método clínico y los dilemas de la clínica. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 19 Dic 2011]; 9(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.Medisur.sld.cu/index.php/Medisur/article/view/1588>.
6. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Científico-Técnica; 2001.
7. Llanio Navarro R, Fernández Mirabal JE, Pérez Carballás F, Fernández Sacasas JA, Pena Pereiro A, Rodríguez Rivera L, et al. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Cuba: Pueblo y Educación; 1982.
8. Galperin P. Introducción a la Psicología. Ciudad de La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1982.
9. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. Medisur [revista en Internet]. 2011 [citado 19 Dic 2011]; 9(4): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.Medisur.sld.cu/index.php/Medisur/article/view/1589>.
10. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super. 2000; 14(2): 109-27.