

El artificio del diagnóstico

The diagnosis artifice

“Todos los diagnósticos caben en un paciente sabiéndolos acomodar”

Un estudiante

The clinical diagnosis is considered the cornerstone in the decisions making process, since it has various functions, including the executive. However, the diagnosis is not only a goal by itself, but a mean to help patients. It is not enough to identify how the disease which ails the patient is called; the diagnosis must be individualized as much as possible in each case, for the mere mention of the diagnosis can mean a wide variety of problems.

El diagnóstico clínico se ha considerado la piedra angular en las decisiones, dado que tiene diversas funciones, entre ellas la ejecutiva. No obstante, el diagnóstico no es un fin sino un medio, ciertamente artificioso, para poder ayudar a los pacientes. No basta identificar cómo se llama la enfermedad que aqueja al enfermo, sino que hay que individualizar lo más posible a cada caso, pues la sola mención del diagnóstico puede significar una amplia variedad de problemas.

Keywords: Clinical diagnosis; Ethics, medical; Patients; Education, medical

Palabras clave: Diagnóstico clínico; Ética médica; Pacientes; Educación médica

Alberto Lifshitz

Secretario de Enseñanza Clínica e Internado Médico,
Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma
de México, Ciudad de México, México

Comunicación con: Alberto Lifshitz
Teléfono: 5623 2421
Correo electrónico: lifshitz@unam.mx

Este título, relativo al diagnóstico nosológico, refiere a que el nombre de la enfermedad para calificar los sufrimientos del paciente, parte de una abstracción, de un constructo operativo y didáctico, pero autoriza a cuestionarse si tal enfermedad tiene en sí misma una existencia ontológica propia, dado que no existe sin el enfermo, lo que conduce además a reflexionar sobre la naturaleza misma de la enfermedad. Por supuesto que esta existe en tanto es fuente de sufrimiento y riesgo de muerte, pero finalmente se trata de una construcción artificiosa para conseguir determinados fines: clasificar al enfermo ubicándolo en un cierto casillero en el que se colocan todos aquellos que comparten con él ciertas características, aunque difieran en muchas otras; permite también, a partir de generalizaciones, entender lo que pudo haber sucedido, la secuencia de eventos que llevaron al estado actual y así poder explicarlo, tanto a uno mismo como al propio enfermo, a su familia, a los colegas, a los alumnos. También, el diagnóstico facilita la comunicación con los pares de tal modo que se pueden ahorrar muchas descripciones más o menos prolijas si se utiliza como sumario el diagnóstico nosológico. Por último, es a partir del diagnóstico como los médicos tomamos decisiones tales como prescribir tratamiento, realizar maniobras quirúrgicas, ampliar la información mediante estudios complementarios, esperar, observar y otras. En resumen, al diagnóstico tiene funciones *taxonómica, explicativa, referencial o denotativa y ejecutiva*.

Al convertirse en pieza central del pensamiento clínico se identifica una tendencia a ponderar el diagnóstico en exceso, cuando se considera que lo importante es el nombre de la enfermedad y no cómo ayudar al

Recibido: 11/01/2015
Aceptado: 15/02/2015

paciente. Ciertamente, el reto del diagnóstico tiene un atractivo intelectual que pocas veces tienen otras tareas de los clínicos (se le ha llamado “el arte del diagnóstico”). Se asemeja a la fascinante investigación policiaca de las más clásicas novelas de detectives, en tanto que la enfermedad hace el papel del culpable, el paciente es la víctima y el médico el intrépido investigador que resuelve el acertijo.

Al asignarle un nombre a cada enfermedad se conforma un catálogo de ellas (que se corresponde con un catálogo de remedios y uno de causas). Para cada entidad diagnóstica, una entidad terapéutica. Si los síntomas del enfermo no se corresponden con alguna de las enfermedades del catálogo, entonces enfrentamos un problema porque cada persona no puede tener su propia y exclusiva enfermedad. Más bien, cuando el nombre de la enfermedad (diagnóstico nosológico) no está en el catálogo correspondiente, se suele negar su existencia: “Usted no tiene nada”. Esta actitud se extiende a la condición en la que el clínico solo maneja el catálogo de su área de conocimiento, y la sentencia se convierte en: “Bajo el punto de vista de mi especialidad, usted está sano” aunque al enfermo se lo esté llevando el tren. De allí la frase que se repite entre muchos pacientes: “no tengo nada, pero no me siento bien”.

Para hacer justicia a los sufrimientos del enfermo se precisa, efectivamente, individualizarlo en un diagnóstico completo que identifica padecimientos y no enfermedades, que no excluye percepciones, temores y aprensiones por más irracionales que parezcan, que reivindica la subjetividad y particulariza los tratamientos y los pronósticos a la manera de la propuesta que existe sobre la “medicina personalizada”.

Por supuesto que todas las decisiones en medicina presuponen un diagnóstico. El diagnóstico sintomático, al identificar plenamente los síntomas y signos permite proceder, por ejemplo, a un tratamiento sintomático (mejor dicho antisintomático). Identificar un síndrome también propicia un manejo genérico, que no implica necesariamente conocer su causa. Pero ambos casos también son artificios que conducen el pensamiento y la conducta de los clínicos.

Las formas de identificar un diagnóstico incluyen la búsqueda de una analogía entre los síntomas del enfermo y los que se describen en los textos para las enfermedades, o compararlos con las imágenes mentales (scripts) que tienen los médicos y que, por cierto, pueden diferir en cada uno de ellos. Una estrategia común es un abordaje exhaustivo que va a abarcar necesariamente, de entre una larga lista, los auténticos males del paciente: si se interroga y explora completamente y se hacen la mayor parte de los estudios complementarios disponibles, entre ese cúmulo de información inevitablemente va a estar el diagnóstico, si bien hay que despojarlo de todo lo superfluo.

Un heurístico cognitivo que propicia sesgos es el llamado de anclaje y ajuste. Tiene que ver con la estimación temprana de un diagnóstico a partir de los primeros datos y la tendencia a no abandonarla a pesar de que se va acumulando evidencia en contra; los datos complementarios se van interpretando en función del diagnóstico temprano y se acomodan a él, a veces forzadamente.

Si de lo que se trata es de lograr una expresión sumaria del estado de un enfermo, acaso lo que se ha llamado “diagnóstico integral” (el adjetivo está bastante desgastado) se ajusta mejor a describir la realidad. La sola etiqueta del nombre de la enfermedad no dice mucho del enfermo individual. Cualquiera identifica que no todos los diabéticos, hipertensos o isquémicos son iguales entre sí, aunque compartan un mínimo de características, pues hay variables que los individualizan: severidad, antigüedad, capacidad del paciente para contener con su enfermedad, su capacidad económica, aseguramiento, redes sociales de apoyo con las que cuenta, nivel de funcionamiento de sus órganos, aparatos y sistemas, tolerancia, disciplina, apego, alimentación y nutrición, comorbilidades, etc.

En fin, el nombre de la enfermedad para calificar un padecimiento resulta, acaso, una primera escala y de ninguna manera el final del proceso, porque tiene que refinarse sucesivamente para lograr la mayor individualización posible. El diagnóstico es, entonces, un artificio para facilitar las decisiones clínicas.