

El arte del diagnóstico

ALMUDENA LARIS GONZÁLEZ*

* Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, México, D.F.
Trabajo recibido: 22-III-2006; aceptado: 24-IV-2006

134

El diagnóstico es, probablemente, la tarea más importante y el reto mayor del quehacer médico. Una vez alcanzado, se pueden buscar las opciones más adecuadas y actualizadas de tratamiento y dar un pronóstico; sin él, nuestra labor se torna incierta.

El diagnóstico médico es, además, un proceso muy diferente al realizado para llegar a un veredicto o toma de decisiones en otros campos. Un economista o un administrador actúa conforme a la certidumbre que le dan las operaciones matemáticas; el médico, en su práctica diaria no llega en la mayoría de los casos a una certeza sino a una probabilidad no cuantificada con exactitud, la cual toma como cierta para encauzar sus acciones terapéuticas.

Es cierto que existen multitud de datos estadísticos, fruto de innumerables trabajos de investigación, con respecto a la prevalencia de las enfermedades, frecuencia de presentación de diferentes datos clínicos y de laboratorio en los diversos padecimientos y valores predictivos, tanto positivos como negativos de las pruebas diagnósticas; pero, a pesar de su innegable utilidad, es imposible que el médico maneje de forma exacta y precisa todos estos números en su mente. Además, cada paciente representa un conjunto único e irrepetible de características, tanto constitucionales como ambientales, y un cuadro clínico que varía hasta cierto punto de lo que se encuentra en los libros, lo cual impide que se acepten con exactitud con los datos obtenidos en pacientes con características diferentes. Esto hace virtualmente imposible calcular con certeza la probabilidad de que determinado paciente tenga determinada enfermedad.

Por otro lado, podemos observar que entre los médicos existen dos tendencias, más acentuadas en ciertas instituciones o ambientes, con respecto a la importancia de las distintas fuentes de información en la realización del diagnóstico. Están, por un lado, los representantes del "clasicismo" y tradiciones médicas, que defienden a capa y espada la preponderancia casi absoluta del interrogatorio clínico y la exploración física minuciosa en la realización del diagnóstico (adoradores del punto pancreático de Desjardins, la fiebre de Pel-Ebstein o el signo de la moneda). Por el otro, se encuentran aquellos que, deslumbrados por el brillo de las nuevas técnicas de biología molecular, imágenes con reconstrucción en tercera dimensión y otros tantos adelantos, casi desprecian la importancia de la labor clínica, creyendo que un aparato puede sustituir el trabajo del médico.

Por fortuna, existe el grupo más centrado que cree que una buena historia clínica es el pilar insustituible del diagnóstico médico (suficiente en algunas ocasiones), pero reconoce que en muchos casos la clínica no proporciona la certeza suficiente y sabe la utilidad de las diferentes pruebas de laboratorio, gabinete o microbiológicas, no como "pruebas diagnósticas" sino como armas de *apoyo* al diagnóstico clínico, si se indican e interpretan de forma racional (es decir, la práctica de una medicina basada en evidencias).

Sin embargo y, a pesar de todos los obstáculos existentes, los médicos son capaces, en su práctica diaria, de realizar una buena cantidad de diagnósticos certeros. El artículo *The art of diagnosis*¹ analiza, basado en un buen número de reportes de casos clínico-patológicos publicados en esta misma Revista, el proceso mental que sigue

el médico en el abordaje y diagnóstico de los diferentes casos y en la resolución de problemas.

Los autores concluyen que en este trabajo mental se pasa por seis etapas: en primer lugar, las decenas o cientos de datos (tanto clínicos como de laboratorio y gabinete) se agrupan en ciertos patrones (por ejemplo: leucocitosis, fiebre, taquipnea y taquicardia en síndrome de respuesta inflamatoria sistémica), lo cual nos deja con un número de datos que resulta manejable para la mente humana. A pesar de esta reducción, sigue siendo difícil contemplarlos todos al mismo tiempo, por lo que se toma uno de ellos, que debe ser relevante y representativo, como pivote y, con base en él, se hace una búsqueda mental de las diferentes causas posibles. Acto seguido se van descartando opciones que no concuerden por alguna característica del padecimiento del paciente, edad, antecedentes, etcétera, tomando en cuenta las posibles variaciones que puedan existir. Por ejemplo, no puede descartarse que una persona tenga lupus por ser de edad avanzada, ya que en algunas ocasiones puede presentarse tal padecimiento en edades diferentes a la habitual de inicio. Si quedan aún varios posibles causantes, se van comparando por parejas, en una especie de duelo cuerpo a cuerpo que, nuevamente, simplifica el ejercicio mental, analizando cuál de ellos puede explicar de mejor manera todas las características del paciente y el padecimiento. Así, de dos en dos, se llega a un diagnóstico que se considera como el más probable y sólo resta realizar las pruebas necesarias para comprobarlo o para decidir entre dos o tres, o si más de uno resulta altamente factible y acorde a los datos que se nos presentan. En muchos casos, el tiempo y la respuesta al tratamiento nos auxilian para saber si el diagnóstico fue acertado.

Claro está que para poder realizar de forma satisfactoria este proceso, es necesario manejar un amplio y bien cimentado conocimiento médi-

co, tener la experiencia y habilidades necesarias para recolectar los datos de manera que proporcionen la información necesaria (con todo lo que implica poder realizar una historia clínica de calidad, con hallazgos finos y confiables) y saber interpretarlos de forma correcta.

Para concluir, creo no equivocarme al decir que todos hemos sentido hondamente, y en varios momentos, que ser médico implica una enorme responsabilidad; y aquel que ejerza la medicina sin un conocimiento racional de cómo abordar las diferentes situaciones clínicas en busca del diagnóstico, se asemeja a aquel que, vendados los ojos, intenta pegarle a la piñata en navidad, dando palazos sin ton ni son, acertando por azares del destino algunas veces y otras tantas no, sólo que en este caso lo que está en juego es la vida de las personas.

Y tal como el arte contemporáneo ha incorporado los avances tecnológicos a su expresión, así el actuar médico debe incluir las nuevas herramientas en su práctica, sin perder por esto su matiz artístico y su esencia humana, pues esto permitirá llegar a nuestro propósito: dar un mejor servicio a nuestros enfermos y hacer en sus vidas una diferencia de un modo más eficaz.

135

REFERENCIA

1. Hedí DM, Clanton CH. *The art of diagnosis: solving the clinicopathological exercise*. N Engl J Med 1982;306:1263-1268.

Correspondencia:

Almudena Laris González.
Estudiante de sexto semestre
de medicina. Escuela de Medicina,
Universidad Panamericana. México, D.F.
Correo electrónico:
almu_laris@hotmail.com

