

El diagnóstico como artificio

Med Int Méx. 2017 November;33(6):711-714.

Diagnosis as artifice.

Alberto Lifshitz¹

El diagnóstico tiene un papel central en la medicina clínica, al grado que en muchos casos se ha convertido en un fin más que un medio. La habilidad diagnóstica suele ser ponderada a veces en exceso y hasta se ha considerado un arte (“el arte del diagnóstico”).¹ En este escrito se pretenden describir algunas limitaciones del diagnóstico, centradas en la idea de que no es más que un artificio, operativo y didáctico, un constructo destinado a poder tomar decisiones con más propiedad y facilidad, pero que carece de existencia propia.

Aunque el término se refiere al conocimiento en su sentido más amplio, y abarca en el terreno clínico muchas variedades de este conocimiento, aquí se hará referencia principalmente al diagnóstico nosológico, “aquél que implica ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente”. Y es en este sentido que resulta artificioso porque las enfermedades no existen sin los enfermos.

El diagnóstico es una expresión sumaria (a veces sumarísima) del estado del paciente y tiene varias funciones, sin duda valiosas:² una función *taxonómica*, pues permite colocar al enfermo en un cierto casillero con base en las características que comparte con otros enfermos, aunque frecuentemente se hagan a un lado de las diferencias entre ellos; una función *explicativa* que permite entender lo que le sucedió al paciente y lo que está ocurriendo en su organismo; una *referencial* o *denotativa* que propicia la comunicación entre pares que entienden perfectamente de qué se trata en cuanto se enuncia un diagnóstico nosológico, y una función *ejecutiva* que favorece las decisiones, por ejemplo, la elección de un tratamiento, la necesidad de estudios adicionales, la espera prudente y otras.

¹ Secretario. Secretaría de Educación Clínica, Facultad de Medicina, UNAM.

Correspondencia

Dr. Alberto Lifshitz
alifshitzg@yahoo.com

Este artículo debe citarse como

Lifshitz A. El diagnóstico como artificio. Med Int Méx. 2017 nov;33(6):711-714.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mimex.2017.11.001>

Hoy día, la responsabilidad de los médicos en cuanto al diagnóstico no se limita al nombre de la enfermedad, sino que se requiere también identificar las *necesidades* del paciente (de las que muchas veces el propio enfermo no está consciente ni las expresa); las *expectativas*, que representan lo que el paciente espera del médico de modo que si son razonables pueda éste satisfacerlas y si son excesivas acotarlas desde el principio; la *capacidad* del enfermo para contender con su enfermedad y de este modo estimar las ayudas que se requiere procurarle, y la *competencia* del paciente para participar en las decisiones que le conciernen. Por supuesto que para llegar a un diagnóstico nosológico frecuentemente se requiere empezar por uno sintomático, sindromático, topográfico... etc.

Los modelos tradicionales

Superada la época de las explicaciones mágico-religiosas, para poder ayudar a los enfermos surgió el modelo etiológico, basado sobre todo en los descubrimientos en la microbiología. Según esto, lo importante es identificar la causa de la enfermedad porque eso es precisamente lo que hay que combatir y no tan sólo sus manifestaciones. Según este modelo la práctica médica es una disciplina de tres columnas: cuál es el nombre de la enfermedad, qué microbio la causa y con qué fármaco se destruye tal microbio. Cada uno de estos elementos (diagnóstico nosológico, microorganismo causante y terapéutica farmacológica) debe seleccionarse de un catálogo, porque no es el caso de inventar enfermedades, microbios o tratamientos. Si lo que el paciente tiene no está en el catálogo es que el enfermo "no tiene nada" (enfermedad innominada, esencial, idiopática, funcional, criptogénica, psicosomática, conversiva, invisible, imaginaria y otras denominaciones). Todo el proceso comienza con el nombre de la en-

fermedad que corresponde al diagnóstico; lo demás es consecuencia de ello: a cada entidad diagnóstica corresponde una entidad terapéutica y una causal. Este modelo de las tres columnas parecía simplificar suficientemente la práctica clínica como para que ni siquiera se necesitara ser médico para proceder; ésta es la medicina de *vademécum* que la puede practicar cualquiera que posea un manual apropiado.

Del mismo modo, se ha empleado un esquema lineal en el que una causa produce un daño, éste se expresa en síntomas y signos que conducen a un tratamiento, por supuesto que de la causa y no de los síntomas y signos. El tratamiento "sintomático" (o antisintomático) no es bien visto en los medios académicos; la única terapia justificada es la etiológica.

Por supuesto que la visión empieza a cambiar cuando nos percatamos de que el esquema de tres columnas con sus correspondientes catálogos, y el tratamiento etiológico son sólo artificios que pretenden simplificar las decisiones. Para empezar: las enfermedades no tienen una causa sino muchas que actúan simultánea o sucesivamente y ¿a cuál de ellas ataco en un tratamiento etiológico? ¿A todas al mismo tiempo? El daño que provocan los agentes causales también tiene una dispersión muy amplia en términos cualitativos y cuantitativos: en algunas personas provocan poco daño y en otras mucho, en unas un determinado daño y en otras otro, según la combinación de causas, el estado funcional de cada paciente y muchas otras variables. La expresión clínica de este daño también es muy diversa, pues en algunos pacientes se manifiesta de una cierta manera y en otros de otra y, finalmente, la terapéutica tiene que ajustarse a las características de cada enfermo, pues no puede hacerse para todos igual, aun cuando tengan el mismo diagnóstico. Hay que diseñar un tratamiento a la medida de cada enfermo.

Enfermedad y padecimiento

Estos términos se utilizan a veces como sinónimos o al menos como intercambiables. Sin embargo, no es conveniente hacerlo, así pues, se pierde la oportunidad de distinguir dos ideas muy bien definidas. El padecimiento es lo que efectivamente tiene el enfermo, son sus síntomas y signos, independientemente de que correspondan más o menos literalmente al cuadro clínico de una enfermedad. De hecho, el padecimiento puede ser tan sólo un fragmento de lo que se describe para la enfermedad, puede constar de varias enfermedades simultáneas o no corresponder a ninguna enfermedad conocida o catalogada. La enfermedad es una abstracción, una descripción que existe en los libros pero no en la realidad, un marco de referencia para propiciar generalizaciones y poder tomar decisiones. El diagnóstico (al menos el que se hace por analogía) consiste en comparar lo que el paciente tiene (padecimiento, *illness*) con lo que dicen los libros (enfermedad, *disease*). Este marco de referencia de la descripción del libro se puede sustituir por la imagen mental que el médico tenga de la enfermedad (*script*), la que, por cierto, puede ser diferente para cada médico. Aquí nuevamente se contrasta la realidad (padecimiento) con la artificiosidad de las enfermedades, y con ella la del diagnóstico nosológico. La primera frustración de los médicos novatos es la de comprobar que los padecimientos no siempre semejan a las enfermedades o al menos no las copian exacta o fielmente.

Las estrategias diagnósticas

Para complementar o sustituir a la estrategia por analogía, que suele tener sus fallas, se han propuesto otras. Por ejemplo, la exhaustiva que consiste en recabar toda la información posible, sin juzgar si es útil o pertinente, tanto mediante los procedimientos propedéuticos tradicionales como mediante los métodos auxiliares como el

laboratorio y los gabinetes. Es obvio que si de verdad se procede exhaustivamente, entre los datos recolectados estará el diagnóstico y ya sólo hay que depurarlo eliminando lo superfluo. Por otro lado, se ha intentado propiciar el abordaje diagnóstico mediante algoritmos, es decir, instrucciones que se ofrecen a un procesador que las debe seguir obedientemente, tal y como ocurre con una partitura musical. Es obvio que esta estrategia limita bastante la iniciativa, pues un buen procesador ha de ejercer una obediencia ciega. Los médicos (y los humanos en general) no suelen ser buenos procesadores de algoritmos, al menos no tan buenos como las computadoras, y por ello a lo más que aspira esta estrategia es a servir de guía, pero no para seguirla al pie de la letra. Una estrategia probabilística se sustenta en prevalencias y en probabilidades condicionadas: qué tan frecuente es una enfermedad, qué tanto que un cierto síntoma se asocie con ella y qué tanto un conjunto específico de síntomas se aproxima a una cierta entidad nosológica. La emisión de hipótesis en función de los datos que se van obteniendo suele ocurrir aun en los novatos; estas hipótesis se van sometiendo sucesivamente a pruebas que permiten validarlas o descartarlas. Pero tal vez el conocimiento más importante no es tanto el nombre de la enfermedad (diagnóstico nosológico) como saber qué decisiones tomar con el paciente para ayudarlo efectivamente, a veces tan sólo en función de unos cuantos síntomas o de un cierto síndrome.³

Variables que modulan el diagnóstico y el diagnóstico "integral"

La condición de artificial para el diagnóstico parte de la convención que conforman los criterios diagnósticos. El enfermo que llene tales criterios se califica como que tiene la enfermedad en cuestión, pero ésta no existe por sí misma si no es aplicada al enfermo. La neumonía, la diabetes o la hipertensión no tienen existencia propia, sino que hay pacientes con neumonía, diabéticos e

hipertensos. Para ayudar debidamente al enfermo no es suficiente el término genérico con el que se denomina la enfermedad, pues es obvio que no todos los pacientes con el mismo diagnóstico se tratan igual o tienen un pronóstico similar. Esto depende de muchas otras variables, como la severidad, la antigüedad, la capacidad del paciente para contender con su enfermedad, sus recursos intelectuales y emocionales, su capacidad económica, su nivel de aseguramiento, las redes sociales de apoyo con las que cuenta, el estado funcional de sus órganos, aparatos y sistemas, las estimaciones farmacogenéticas para predecir la respuesta a medicamentos, su tolerancia, apego, disciplina, alimentación, enfermedades coexistentes, etc. En todo caso, un diagnóstico que abarque todas estas variables sí resulta valioso para tomar las decisiones pertinentes.

Epílogo

Ya se han ofrecido argumentos para calificar como un artificio al diagnóstico. Este adjetivo,

desde luego, no lo desacredita ni lo desaira, pues sin duda juega un papel muy importante en las decisiones clínicas. El propósito, más que menospreciarlo, es ubicarlo en una verdadera dimensión, en la consideración de que no se atienden diagnósticos sino pacientes y que aproximarse a la identificación de lo que les aqueja no es el fin del proceso propedéutico, sino un medio para acercarse a las decisiones apropiadas. El diagnóstico es un artificio, operativo, didáctico, provechoso, que inicia la exploración de las interioridades de cada paciente y que orienta a desembocar en la solución de sus problemas de salud.

REFERENCIAS

1. Eddy DM, Clanton CH. The art of diagnosis. *N Engl J Med* 1982;306:1263-1268.
2. Lifshitz A. La nueva clínica. Academia Nacional de Medicina. Intersistemas, 2015;11-15.
3. Wulff HR, Gotzche PC. Diagnosis. En: *Rational diagnosis and treatment. Evidence based clinical decision making*. 3ª ed. UK: Blackwell, 2000;84.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.