

Medicent Electrón. 2018 abr.-jun.;22(2)

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

Lo práctico, lógico y esencial en la discusión diagnóstica

Practical, logical and essential considerations in the discussion of diagnosis

Fernando Aparicio Martínez¹, María Caridad Alejo Cuellar¹, Liana Leidys Rojas Paz²

1. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: fernaluís@infomed.sld.cu
2. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

Señor Editor:

Hace ya varios años, en el Comité de Evaluación del Proceso Asistencial, se revisó una historia clínica en la que se hizo una curiosa discusión diagnóstica, sobre un paciente que había sobrevivido a un intento suicida. Se trataba de un ahorcamiento incompleto; en el diagnóstico diferencial se señaló: « No es un ahorcamiento completo porque en ese caso el paciente hubiera muerto». Este ejemplo, con efecto algo hilarante en aquel entonces, no fue otra cosa que expresión de la forma rígida y esquemática¹ que con mucha frecuencia se confecciona este fundamental acápite de la historia clínica. En este paciente, en el cual estaba claro el problema médico, sencillamente había que diferenciar las consecuencias de ese acto, es decir, precisar si quedó algún grado de afectación cerebral por la hipoxia, una neumonía por aspiración, daños en las estructuras del cuello o una lesión medular, que es menos frecuente, así como evaluar el nivel de afectación psíquica de este paciente.

En un enfermo que ingresa por disminución del nivel de conciencia u otras manifestaciones que hagan sospechar un tóxico exógeno, es imprescindible razonar juiciosamente y apoyarse en el método clínico,² sobre las diferentes causas, pero si se conoce con seguridad desde el inicio que se trata de ingestión de barbitúricos, no tiene sentido alguno diferenciar otros tóxicos, como por ejemplo, los órganos fosforados. En el primer caso, lo importante es razonar sobre el nivel de depresión de la conciencia, la valoración de su estado respiratorio o la presencia de edema pulmonar; es decir, siempre reflexionar sobre las consecuencias de la enfermedad o estado determinado, e incluirlo en el juicio diferencial. Estas valoraciones esquemáticas forman parte de las prácticas poco reflexivas que señalan prestigiosos defensores de la historia clínica³ y que con cierta frecuencia se observa en la revisión de los expedientes clínicos en la auditoría médica.

De igual forma, si un paciente es valorado por un síndrome poliúrico-polidipsico de reciente presentación, se podrá incluir en el ejercicio diagnóstico la diabetes insípida, pero en un enfermo con años de evolución de su diabetes mellitus esto no tendría sentido, y lo lógico será razonar acerca de las causas de su descompensación y también sobre las posibles complicaciones agudas o crónicas de ese diabético. Sucede igual ante un enfermo con diagnóstico comprobado de cirrosis hepática; está bien reflexionar acerca de otras causas de edema periférico y ascitis, pero lo más probable es que se trate de una descompensación de la misma enfermedad, y el juicio diferencial debe girar en torno a eso. Entonces lo lógico es buscar la causa de este cuadro y de posibles

192

situaciones asociadas y pensar: ¿tiene una hemorragia digestiva?, ¿se asocia esta, como es frecuente, a una infección bacteriana?, ¿tiene manifestaciones neuropsiquiátricas y asterixis por una encefalopatía?, ¿el deterioro de su enfermedad anuncia que se ha asociado un cáncer hepático? En opinión del autor estos son los elementos a tener en cuenta en el ejercicio del diagnóstico diferencial y positivo en los enfermos en los ejemplos señalados; el resultado será una historia clínica de mayor calidad, orientación y beneficios para la atención al enfermo, desprovista de análisis esquemáticos y superficiales que alejan al especialista de la verdad en el diagnóstico.⁴

Algunas veces ingresan pacientes en los que no es posible, en los primeros momentos, identificar un diagnóstico único. Es el enfermo con un síndrome febril de origen desconocido, sin suficientes elementos que orienten la causa. Este es el caso en el cual el alumno, e incluso los residentes, preguntan: ¿Qué diagnóstico se puede plantear? Lo apropiado es establecer un juicio diagnóstico que considere variables como edad, sexo y epidemiología en torno a los tres grandes grupos clásicos de causas de este síndrome. En la discusión diagnóstica se refleja lo que se considera de mayor o menor probabilidad en este enfermo, en cuanto a infecciones, neoplasias o enfermedades del tejido conectivo –sin olvidar por supuesto, algunas causas misceláneas, como las enfermedades granulomatosas y la fiebre medicamentosa–, y se propone la conducta a seguir.

Un enfoque razonado también debe hacerse ante otros síntomas o problemas, como el síndrome constitucional o el anémico, cuando no tienen una orientación definida hacia un diagnóstico nosológico. No hay que abusar de la palabra descartar, es mucho más apropiado el término investigar. Cuando se logre el diagnóstico definitivo, por la evolución del enfermo y el resultado de las investigaciones que sean necesarias, entonces se señalará en la rediscusión diagnóstica. No está de más insistir en la importancia de tener actualizada la discusión diagnóstica, pues todo diagnóstico que se hace durante la atención al enfermo debe ser señalado en ella. La rediscusión actualizada le permite al médico que no está directamente relacionado con la atención al paciente en la sala, dígase el facultativo de guardia, ponerse al día de forma inmediata en las características de un caso que valora por primera vez, por lo que esta información puede evitar los errores en la atención médica.⁵

Existe una tendencia a pensar en el diagnóstico cuando están presentes todos los elementos que se describen en la evolución natural de las enfermedades, como aparecen en los textos o se enseñan en las conferencias; es de capital importancia sospechar el diagnóstico en los períodos iniciales de la enfermedad.

Se observan discusiones diagnósticas en las que se plantea a un fumador una bronquitis crónica, y de forma muy superficial en el diagnóstico diferencial se descarta el cáncer de pulmón porque el paciente no tiene anorexia, pérdida de peso, anemia, hemoptisis o dolor torácico, entre otros síntomas, que son expresión del cáncer avanzado. Si se espera a que el enfermo llegue a esa etapa para realizar el diagnóstico, este no recibirá los mayores beneficios de las terapéuticas actuales. Esto resulta válido para diversas neoplasias y afecciones, como la cardiopatía coronaria, la enfermedad renal, la demencia y la enfermedad cerebrovascular, entre otras. Estar alertas ante las manifestaciones iniciales de las enfermedades y sus factores de riesgo es el paso más importante para modificar su morbilidad y mortalidad; ese principio debe estar presente en el diagnóstico diferencial y es el propósito que hay que darle a la discusión diagnóstica.

Se impone que el método clínico^{6,7} esté siempre presente en la actuación médica y en todos los componentes de la historia clínica, en especial en la discusión diagnóstica donde, a la adecuada anamnesis y el minucioso examen físico, hay que integrar el pensamiento lógico. Para ello tener presente a Claude Bernard, quien sentenció: «el razonamiento será siempre justo cuando descansa sobre nociones exactas y sobre hechos precisos». Claro que para lograrlo «es fundamental el conocimiento –las cartas de navegación– según Osler».⁸

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Uriarte Méndez AE, Pérez Pintado E, Pomares Pérez YM. El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente. Medisur [internet]. 2015 mayo-jun. [citado 25 feb. 2016];13(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2015000300018&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Moreno Rodríguez MA. En defensa del método clínico. En: El método clínico. Lecturas y lecciones [internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012 [citado 25 feb. 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/el_metodoclinico_lectura_lecciones/cap1.pdf
3. Espinosa Brito A. La clínica y la Medicina Interna. Rev Cubana Med [internet]. 2013 jul.-sep. [citado 25 feb. 2016];52(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232013000300008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Díaz Novás J, Gallego Machado B, León González A. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. Rev Cubana Med Gen Integr [internet]. 2006 ene.-mar. [citado 25 feb. 2016];22(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
5. El error diagnóstico, un problema infravalorado. Diario Méd. 2015 oct.
6. Martín Zurro A. Cada vez veo con más alarma cómo va desapareciendo la historia clínica o la exploración física. Fotoentrevista [internet]. España: IntraMed; 2012 ene. 16 [citado 25 feb. 2016]. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=74049>
7. Cruz Hernández J, Hernández García P, Marcel EA, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del método clínico Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2012 jul.-sep. [citado 25 feb. 2016];38(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1999.

Recibido: 24 de noviembre de 2017

Aprobado: 10 de enero de 2018

Fernando Aparicio Martínez. Hospital Universitario Dr. Celestino Hernández Robau. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: fernaluis@infomed.sld.cu