

DIAGNÓSTICO MÉDICO

MEDICAL DIAGNOSTIC

Teobaldo Coronado Hurtado¹
Universidad Libre, Colombia

RESUMEN

El diagnóstico es objetivo central del acto médico, entendido este como relación médico-paciente. “Llamamos diagnóstico al arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta”. De esta forma el artículo intenta una reflexión sobre la importancia de llegar a él a través de una *praxis* clínica con soporte documental en la adecuada elaboración de una historia clínica; previa a la utilización del recurso paraclínico.

Palabras clave: Diagnóstico médico, Historia clínica, Estudios paraclínicos, Error médico.

ABSTRACT

The diagnosis is a central objective of the medical act, understood this, as the relationship doctor-patient. “We call the art of identifying a disease through the signs and symptoms that the patient has diagnosis”. Thus the article tries to reflect on the importance of reach him through a clinical practice with documentary support in the proper preparation of a medical history prior to the use of the paraclinical resource.

Keywords: Medical diagnosis, Clinical history, Paraclinical studies, Error doctor.

Recibido: Agosto 27 de 2015

Aceptado: Octubre 30 de 2015



1. Médico Cirujano. Especialista en Anestesiología y Reanimación. Magíster en Filosofía con énfasis en Ética y Filosofía Política, Cátedras de Bioética, Anestesiología y Reanimación. tcoronado@unilibrebaq.edu.co

INTRODUCCIÓN

En la cátedra de anestesia suelo interrogar a mis estudiantes de octavo semestre, en el primer día de la rotación, sobre qué es lo primero a realizar en la preparación de un paciente para cirugía. En sus respuestas la mayoría coincide en afirmar que es ordenarle estudios de laboratorio. Escasos responden que una completa historia clínica. Demostración fehaciente de la inversión de criterios que poseen los alumnos sobre la real dinámica de la atención médica que tiene en la historia clínica el primordial soporte clínico-documental para lograr el diagnóstico de la patología que amerita la intervención quirúrgica. Metodología que de igual manera corresponde aplicar en todas las áreas de la medicina clínica.

El diagnóstico es objetivo central del acto médico, entendido este como relación médico-paciente. Para diferenciarlo de los llamados actos médicos indirectos (1) que hacen alusión a otras ejecutorias del accionar profesional del médico que no guardan relación directa con el paciente; que se dan por ejemplo, tras su actividad docente en la cátedra, la experiencia investigativa en el laboratorio o la función administrativa de las instituciones hospitalarias, para señalar escenarios más comunes.

DEFINICIÓN

“Llamamos diagnóstico al arte de identificar una enfermedad a través de los signos y síntomas que el paciente presenta. La palabra fue tomada por vía culta del griego *he diagnostike tekhnē* (arte de distinguir o identificar enfermedades), expresión que se formó a partir del verbo *diagignoskein* ‘distinguir’, ‘discernir’, ‘discriminar’, compuesto por el prefijo *dia* ‘a través’ (como en diáfano) y *gignos-*

kein ‘conocer’. Este verbo griego proviene de la raíz indoeuropea *gno*, que también dio origen al latín *cognoscere* (conocer).

En las lenguas modernas, la palabra parece haber llegado primero al inglés *diagnostic* en 1625, al alemán *diagnose* también en el siglo XVII, y en el siglo XVIII, al italiano *diagnóstico* y al francés *diagnostic*, mientras que al español llegó solo en el siglo XIX, para ser incorporado a la edición del Diccionario de 1843” (2).

A la palabra diagnóstico, la Real Academia de la Lengua le otorga los significados de distinguir o reconocer, capacidad de distinguir.

Según Laín Entralgo, “Diagnóstico médico es el conocimiento técnico, y por lo tanto operativo, del estado de salud en que ocasional o habitualmente se encuentra un individuo humano; si tal estado es la sanidad, para conservarlo o mejorarlo, y si es la enfermedad, para descubrir la índole y la estructura de esta o intentar curarla” (3).

Al no encajar la medicina entre las ciencias matemáticas se puede deducir que no es una ciencia exacta, de las denominadas ciencias aplicadas como la ingeniería. Y así es, lo que no impide considerarla como una ciencia precisa, es decir, una ciencia práctica.

De manera gráfica podemos afirmar que 50 más 50 suman 100. Esto es una exactitud. Es el valor real. Si decimos que suman entre 99 o 101 es una gran precisión. Hay un más o un menos con relación al valor real. Es la hermenéutica general del actuar médico para diferenciar clínicamente la persona sana de la que está enferma; para lo cual son necesarios conocimientos concretos, precisos a la ciencia (*tecné*) y

el arte médico (*lex artis*); en extremo rigurosos con el ser, saber, y hacer indispensables al ejercicio de todo aquel comprometido con ellos. Demanda, por lo tanto, firmeza conceptual para el logro de criterios ciertos en su evento primordial de conseguir un diagnóstico. Más exactamente una impresión diagnóstica. El diagnóstico corresponde a la exactitud. La impresión diagnóstica depende de la precisión. No basta un solo criterio; son juicios varios los que determinan la llegada a una impresión diagnóstica, lo más cercana posible a la exactitud de un diagnóstico. Lo ideal sería llegar a un diagnóstico puntual en el primer intento de aproximación a la verdadera anomalía que afecta al paciente. El arma fundamental, primera, para el logro de este ideal la encontramos en la historia clínica. Los estudios paraclínicos como por ejemplo: exámenes de laboratorio o estudios de radioimágenes son un complemento de esta tarea; secundarios, por lo tanto, a una minuciosa anamnesis (síntomas) y a un riguroso examen físico (signos). Se insiste en esta aclaración por la tendencia actual a invertir la normal práctica semiológica con la utilización inadecuada, *a priori*, de recursos tecnológicos innecesarios. “El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen” (4).

El mal uso de la tecnología, con consiguiente despilfarro de recursos, no solo incrementa los costos institucionales de la atención; lo más grave desde el punto de vista ético es que rompe la comunicación, deshumaniza la relación médico-paciente.

“La pereza intelectual aunada a la cada vez en aumento incapacidad clínica convierte el recurso paraclínico en un fin que invierte el rol protagónico del paciente que se transforma sin suerte en medio manipulable. En primer lugar, del sofisticado y am-

bicioso mercado de equipos e instrumental hospitalario que maltrata inmisericorde su endeble economía y en segundo lugar, del mismo profesional de la salud que pretende encubrir impunemente sus falencias ante la probable culpabilidad por omisión” (5).

EL ERROR DIAGNÓSTICO

La competencia diagnóstica resultado de una gran competencia clínica, como ninguna otra, da medida de la idoneidad profesional del médico, la altura de su jerarquía científica. De diagnósticos correctos y acertados derivarán tratamientos efectivos. Diagnósticos equivocados traerán consigo terapéuticas fallidas. El error diagnóstico puede llegar a ser muestra fehaciente de incompetencia clínica; causa principal de conflictos jurídicos y las consecuentes demandas que debe afrontar el profesional de la salud por una conducta médica culposa. Cultura del litigio la denominan algunos tratadistas dentro de la aberrante nominación conocida como “Medicina a la Defensiva” (6).

Sin embargo, también es bueno señalar, que la labor diagnóstica está sujeta a la incertidumbre que origina la fragilidad de la naturaleza humana que no siempre se comporta o reacciona de manera igual ante la enfermedad. “No hay enfermedades sino enfermos”, nos enseña el conocido aforismo médico.

Siendo, pues, la medicina, como sosteníamos al principio, una ciencia inexacta es entendible el margen de error probable –humanos al fin los médicos, no son infalibles– que pueda darse en toda intervención diagnóstica para aceptar que el diagnóstico y el error son inseparables. Solo la soberbia científica nos puede llevar a pensar que los medios,

tanto clínicos como instrumentales utilizados, son en absoluto suficientes y definitivos. “Cada cosa que los médicos sabemos hemos de procurar saberla lo más exactamente que nos sea dado, pero, a conciencia de su posible valor provisional. Y el vacío que queda entre la imperfección de la verdad que poseemos y la perfección de la verdad que deseamos hay que intentar rellenarlo con entusiasmo y buena fe, con toda una dosis copiosísima de modestia” (7).

Dentro de la conceptualización jurídica sobre la responsabilidad legal, el error diagnóstico configuraría una conducta culposa si se llega a comprobar la existencia de los elementos configurativos de la culpa, a saber: impericia, imprudencia, negligencia e ignorancia.

Cierto es, determinadas enfermedades pueden evolucionar con una sintomatología, que, aun cuando se examine y estudie en profundidad, puede inducir a error por más que se apliquen los elementos clínicos y paraclínicos indicados, pero, que tratándose de una situación totalmente anómala o atípica no se logra diagnosticar en forma debida. La atención correcta demostrable por la diligencia y sumo cuidado en la consecución del diagnóstico eximen al médico de culpabilidad. “Es preciso, no obstante, advertir que tratándose (en la mayoría de los casos), de una obligación de medio y no de resultado, el acto jurídico se cumple a cabalidad siempre que el médico haga lo correcto (sin importar si alcanza el resultado querido)” (8).

La acción clínica se soporta, entonces, sobre criterios o juicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y pronósticos; agreguemos, además, criterios éticos que guardan un orden lógico en su ejecución. La medicina preventiva evita la medicina diagnósti-

ca y terapéutica, vale decir la medicina curativa. Al mismo tiempo al prevenir la enfermedad se le quita oficio a la medicina pronóstica que rige sobre una condición nosológica. De otra parte, la mayor o menor disponibilidad de recursos técnico-asistenciales son determinantes que coadyuvan en su buena o pésima elaboración.

EL DIAGNÓSTICO MÉDICO, UN ACTO MORAL

El aprendizaje en las escuelas médicas debe estar dirigido a que los estudiantes se formen en la adquisición propia de estos criterios; determinantes en últimas de su capacidad profesional. Indispensables para la prestación de un servicio asistencial de calidad; el que espera la gente.

La vinculación a la profesión médica compromete a su practicante con el hombre, con el ser humano, con la humanidad. Con su patrimonio más valioso: la salud y su vida. “El amor al arte es el amor al hombre”, nos enseñó Hipócrates, el padre de la medicina, hace 2500 años. En el Juramento Médico (Declaración de Ginebra) prometemos: “*Consagrar mi vida al servicio de la humanidad*”. “En tanto que resultado de una acción formalmente humana, el diagnóstico médico es pues, un acto moral”.

De la aceptación de este encargo surge su condición de profesión riesgosa que exige por lo tanto, máxima responsabilidad: científica, ética y legal.

No hay acto médico sin riesgos. Riesgos para el paciente ante la posibilidad de complicaciones (morbilidad o mortalidad). Riesgos para el mismo profesional de la medicina de orden laboral (demandas), y sobre su propia integridad personal y física por las repercusiones en su salud.

Una reflexión final en las sabias palabras del gran maestro de la medicina, el español Gregorio Marañón: “Solo se es dignamente médico con la idea clavada en el corazón, de que trabajamos con instrumentos imperfectos y con remedios de utilidad insegura, pero con la conciencia cierta de que hasta donde no puede llegar el saber, llega siempre el amor... generosidad absoluta: esto es lo que hace respetable la actitud del médico” (9).

CONCLUSIÓN

Al médico en su práctica clínica le compete la responsabilidad de llegar a una impresión clínica o a un diagnóstico; tras un juicioso examen del paciente y diligenciamiento de una completa historia clínica.

La historia clínica, además, de ser documento científico y asistencial valioso se constituye en soporte jurídico importante –tiene la carga de la prueba– ante la incertidumbre que traen consigo los riesgos propios de la práctica hospitalaria. Riesgos para el paciente ante la vulnerabilidad de la naturaleza humana que no siempre responde satisfactoriamente a los beneficios que ofrece la ciencia médica. Y riesgos para el profesional de la salud que, igualmente, es sujeto de equivocaciones por su misma condición humana y expuesto por lo tanto, a las implicaciones legales de la relación médico-paciente.

La pericia en el arte de hacer diagnóstico es fehaciente demostración de la gran jerarquía científica del profesional de la medicina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guzmán Mora F. El acto médico. Implicaciones éticas y legales. Medicina. Academia Nacional de Medicina de Colombia. 2002; 24.
2. Soca R. La fascinante historia de las palabras y nuevas fascinantes historias de las palabras; 2013.
3. Laín Entralgo P. Introducción general, el diagnóstico médico. Historia y Teoría. Barcelona: Salvat Editores; 1982.
4. Normas sobre ética médica, Ley 23 de 1981, artículo 10.
5. Coronado T. Mecanización de la clínica, crónicas ético médicas. Barranquilla: Editorial Antillas; 2003.
6. Víctor D, Frigieri AJ. Consideraciones sobre la deshumanización en el ejercicio médico. Madrid: XII Congreso Nacional de Servicio Sanitario; 2005.
7. Marañón G. Crítica a la Medicina Dogmática. Bogotá: Tribuna Médica; 1964.
8. Guzmán F. Responsabilidad civil del médico. Revista Colombiana de Cirugía. 1994; 9.
9. Marañón G. Marañón y el enfermo. Revista de Occidente. 1962, 225-26.