

INVESTIGACIONES PEDAGOGICAS (ORIGINALES)

El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica

Medical Reasoning Stated in Patient's Individual Records: a Reflection on the Diagnostic Discussion

Dr. Luis A. Corona Martínez, ⁽¹⁾ Dra. Mercedes Fonseca Hernández. ⁽²⁾

¹ Doctor en Ciencias Pedagógicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ²Especialista de II Grado en Pediatría. MSc. en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Hospital Pediátrico Universitario "Paquito González Cueto". Cienfuegos.

¹ Ph.D. in Pedagogical Sciences. Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Full Professor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. ² Terminal Professional Degree in Pediatrics. MSc. in Medical Education. Associate Professor. "Paquito González Cueto" Pediatric University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

La discusión diagnóstica es el espacio dentro de la historia clínica donde se reflejan las consideraciones acerca de las posibles enfermedades de un paciente. El presente artículo tiene como propósito realizar un análisis de aspectos polémicos enmarcados en tres áreas específicas de la discusión diagnóstica: el modelo de discusión, la utilización de información complementaria y algunas cuestiones relacionadas con el diagnóstico sindrómico. Las reflexiones realizadas por el autor permiten plantear, en cuanto al formato escrito de la discusión, que el modelo tradicional de plantear unas enfermedades y descartar otras debe ser sustituido por un modelo basado en un enfoque probabilístico (cualitativo) de valorar distintas afecciones como responsables del estado patológico del paciente. En cuanto a la utilización de información complementaria, el autor sostiene que no hay razón para realizar discusiones diagnósticas exclusivamente clínicas; hay que integrar coherentemente en el razonamiento médico toda la información complementaria existente en el momento del análisis, siempre partiendo de la información clínica. En relación con el diagnóstico sindrómico, se reconoce que a pesar de la incuestionable

función gnoseológica de este, en algunas situaciones es totalmente factible y válido transitar del diagnóstico de síntomas o signos capitales u orientadores al diagnóstico de la enfermedad, de forma directa.

Palabras clave: inteligencia; diagnóstico clínico; registros médicos

ABSTRACT

Diagnostic discussion is the section of patients' records that reflects the considerations on possible diseases. This paper is aimed at conducting an analysis of controversial issues in the three specific areas of diagnostic discussion: the discussion model, the use of complementary information and issues related to syndromic diagnosis. This author's reflections on the written format of the discussion allow concluding that the traditional model (considering some diseases and ruling some others out) should be replaced by a model based on a probabilistic (qualitative) approach that evaluates several conditions as responsible for the patient's pathological condition. Regarding the use of complementary information, the author supports the idea that there is no point in performing diagnostic discussions considering only clinical aspects. It is

Recibido: 16 de junio de 2011

Aprobado: 22 de junio de 2011

Correspondencia:

Dr. Luis Alberto Corona Martínez.
Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".
Calle 51 A y Ave 5 de Septiembre.
Cienfuegos. CP: 55 100.

Dirección electrónica: corona@jagua.cfg.sld.cu

necessary to integrate consistently all the information existing at the time of the analysis to the medical reasoning. Clinical information should always be the starting point. In relation to the syndromic diagnosis, it is recognized that despite its unquestionable gnoseological function, in some situations it is entirely feasible and valid to go directly from the diagnosis of symptoms or major signs to the diagnosis of the disease.

Key words: intelligence; clinical diagnosis; medical records

INTRODUCCIÓN

Como ha sido expuesto y fundamentado en artículos previos, el proceso de atención médica puede ser modelado con fines académicos.⁽¹⁾ El resultado de este proceso de modelación nos muestra tres grandes momentos en que, en el plano abstracto, puede ser desmembrado dicho proceso: la obtención de información, la interpretación de información y la toma de decisiones; momentos que tienen su representación en determinadas partes o componentes de la llamada historia clínica.

La historia clínica individual, también conocida como expediente clínico, es un documento médico legal donde son recogidos todos los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad de un paciente específico; y son utilizadas en los servicios de salud en los tres niveles de atención médica, con sus respectivas particularidades.

Aunque el pensamiento médico suele aparecer reflejado en diferentes espacios de la historia clínica (orden de ingreso, evoluciones médicas), existe un lugar específicamente diseñado en función de la constancia escrita de dicho pensamiento: la discusión diagnóstica. Por tanto, la discusión diagnóstica es el espacio físico dentro de la historia clínica donde se reflejan las consideraciones acerca de los posibles diagnósticos que se tendrán en cuenta como responsables del estado de enfermedad de un individuo. Estas consideraciones serán determinantes en el plan de investigación a seguir y en las decisiones terapéuticas a tomar; también de ellas se derivará el pronóstico inicial del paciente.

El presente artículo tiene como propósito realizar un análisis de aspectos polémicos relacionados con la discusión diagnóstica, como reflejo esta del pensamiento médico en función del diagnóstico. Los aspectos a analizar están enmarcados en tres áreas específicas: el modelo de discusión (la forma de exponer las ideas), la utilización de información complementaria, y algunas cuestiones relacionadas con el diagnóstico sindrómico.

DESARROLLO

El modelo de discusión diagnóstica: ¿"planteo... y descarto..." o enfoque probabilístico?

Tradicionalmente, hemos aprendido y enseñado un modelo de discusión diagnóstica en el cual las entidades

nosológicas que constituyen el contenido de las consideraciones diagnósticas que el médico o estudiante realiza, quedan distribuidas bajo los acápites diagnóstico nosológico y diagnóstico diferencial. En el primero se plantea el problema o los problemas que se piensa presenta el paciente, con la correspondiente fundamentación; en el segundo, también adecuadamente fundamentados, quedan plasmados aquellos que también son causa del síndrome o síntoma orientador identificado, pero que se consideran no presentes en el paciente.

El contacto durante años con estudiantes internos y residentes fundamentalmente ha puesto de manifiesto una interpretación no totalmente adecuada de este modelo de discusión diagnóstica. Para muchos el pensamiento queda plasmado en qué tiene el paciente (diagnóstico nosológico) y qué no tiene (diagnóstico diferencial). En este segundo acápite se "descartan" un número variable de enfermedades, mostrando con ello una visión dicotómica del diagnóstico: o se tiene una enfermedad o no se tiene, así de sencillo. Este modelo, o esta interpretación de este modelo, da por sentado que al momento de redactar la discusión diagnóstica ya se tiene total claridad del problema que aqueja al paciente. Y en no pocas ocasiones hemos conocido de pacientes en los cuales el diagnóstico final fue precisamente una de las enfermedades inicialmente descartada.

Quizás esta manera de plasmar "el diagnóstico" pueda encontrar justificación en algunas situaciones. Es el caso por ejemplo en cirugía, de un paciente con dolor abdominal al cual se le diagnostica por laparoscopia una apendicitis aguda; después de este procedimiento complementario prácticamente otras causas quedan descartadas. Igualmente, hay pacientes de edad pediátrica que son admitidos con un diagnóstico bastante bien definido, como puede ser el caso de un lactante con bronquiolitis; en este caso, el diagnóstico diferencial se convierte en un ejercicio en el que se enumeran otras afecciones que deben "diferenciarse" de la enfermedad diagnosticada. También en obstetricia suelen ser ingresadas embarazadas con diagnóstico evidente, como por ejemplo una paciente con rotura prematura de membrana. En medicina interna pudieran ser citados también algunos otros ejemplos.

Pero existen otras muchas situaciones en que el diagnóstico inicial no es tan evidente. Abundan los pacientes (quizás incluso constituyan la mayoría) que acuden al médico presentando determinadas situaciones que pudieran ser consideradas como "diagnósticos intermedios"; situaciones clínicas que constituyen una vía para el diagnóstico de entidades nosológicas con "personalidad" más definida. Enfermos con anemia, fiebre aguda o crónica, diarreas, ictericia, ascitis, derrame pleural, cefalea, hemoptisis, sangramiento digestivo, convulsiones, dolor abdominal, artritis, hematuria, y vértigo, son sólo algunos ejemplos.

En casi todas las especialidades pudieran elaborarse

listados de estas situaciones. Estos enfermos exigen de un enfoque de pensamiento menos rígido, en el cual las diversas causas que pueden originar las manifestaciones del paciente sean consideradas en calidad de hipótesis, con un enfoque más probabilístico, y en plena coherencia con el "diagnóstico por comparación". Entendemos las probabilidades en este caso no desde una óptica cuantitativa, sino más bien cualitativa (altamente probable, poco probable).

Mediante este "enfoque probabilístico", el médico evalúa la probabilidad (siempre cualitativamente) de que cada una de las afecciones que está considerando en su análisis esté presente en el paciente, al comparar los cuadros clínicos correspondientes a estas con el contexto clínico del paciente. En el proceso interno de asignar una categoría de probabilidades a una afección específica juega un papel fundamental la representación mental que cada médico ha construido de esa afección; representación mental que está determinada en gran medida por las experiencias previas que se han tenido. Por ello, este proceso interno puede conducir a interpretaciones diferentes de un mismo paciente por médicos de elevada competencia diagnóstica.

El registro escrito de este trabajo mental será entonces un listado fundamentado de aquellas hipótesis analizadas, pero ubicadas en un orden según las probabilidades asignadas. Este orden generalmente transita desde las afecciones más probables al principio del listado hasta las menos probables, al final del mismo. En algunas ocasiones se procede al revés: se exponen inicialmente las afecciones que no parecen probables o que son poco probables, para dejar para el final aquellas que, generalmente por un procedimiento de exclusión, deben ser consideradas con más peso en el plan de estudio o terapéutico a seguir con el paciente. Es un derecho y libertad de ejercicio de cada médico exponer su pensamiento en un orden o en el otro, pero siempre y cuando la forma no afecte el contenido.

El enfoque probabilístico del pensamiento clínico (y su reflejo escrito en la discusión diagnóstica) tiene varias razones para ser utilizado.

En primer lugar es más realista, en el sentido de que en no pocas ocasiones no se puede distinguir con claridad entre diferentes afecciones. Volviendo al caso de la apendicitis, y más si se trata de una mujer, antes de realizar la laparoscopia el médico debe considerar diversas hipótesis que producen dolor abdominal agudo. Igualmente, la distinción entre una angina aguda y un infarto agudo del miocardio antes de contar con el electrocardiograma también suele ser compleja; como puede serlo la distinción entre gastritis, úlcera péptica y cáncer gástrico antes de la gastroduodenoscopia. Y es que, aunque las entidades tienen contextos clínicos "propios", entre ellas existen áreas de solapamiento, zonas de coincidencias, que dificultan en el orden clínico la diferenciación de unas con otras, lo cual le aporta complejidad e incertidumbre al diagnóstico.

En segundo lugar, este enfoque de probabilidades le permite al médico concentrarse en la contrastación de aquellas afecciones que parecen más probables, con la consiguiente optimización del proceso diagnóstico y el importante ahorro de recursos, y en ocasiones también de tiempo. La indicación de las llamadas "baterías" de estudios, que no es otra cosa que tratar de "cazar" el diagnóstico lazando perdigones al aire para ver qué cae, no tiene espacio en este enfoque.

Y en tercer lugar, y muy relacionado con lo anterior, el enfoque probabilístico da la posibilidad de que el orden de las afecciones según la categoría de probabilidades asignada, se pueda modificar en dependencia de la aparición de nueva información clínica, cambios evolutivos o resultados de exámenes complementarios. Esto significa que hipótesis no consideradas inicialmente entre las más probables pasen en momentos posteriores a ser las prioridades a someter a contrastación o tratamiento, y viceversa. Incluso, enfermedades no consideradas inicialmente en el análisis podrán ser entonces incluidas en el "listado" de posibles afecciones. Este proceso de reorganización mental de las probabilidades de las distintas hipótesis debe ser plasmado en la historia clínica mediante la "rediscusión diagnóstica"; nueva discusión que debe ser realizada tantas veces como el caso lo requiera, pero que en realidad muy poco uso se hace de ella.

¿Cuántas enfermedades deben ser listadas mentalmente como hipótesis a considerar? Con frecuencia los internos se acercan a sus profesores para realizar esta pregunta, y algunos de antemano prefijan la cifra en tres, cuatro o cinco "diagnósticos diferenciales". Realmente no existe una norma establecida, pues este no es un asunto numérico. Es inconcebible que el pensamiento pueda ser limitado de esta manera. Deberán ser consideradas tantas enfermedades como sea razonable para cada caso en particular, siempre teniendo en cuenta la epidemiología local y la incidencia y prevalencia de las afecciones, ajustadas a la edad y el sexo. De cualquier manera debemos recordar ese principio del diagnóstico tan válido como tan antiguo: no diagnostique rarezas, al menos de inicio. La noción de frecuencia de las enfermedades debe estar presente siempre.

En resumen, si bien es imposible (ni es sensato) considerar todas las afecciones que causan un síndrome o síntoma orientador, al menos en el análisis inicial deben estar presentes las afecciones más frecuentes y las de más trascendencia para la vida del paciente.

Con relación a este último aspecto (el de la trascendencia) hay otra cuestión importante a tener en cuenta, y que consiste en que no es imprescindible que para algunos tipos de afecciones, fundamentalmente las de naturaleza maligna, exista un contexto florido en el paciente para colocarlas dentro de las hipótesis que deben tener prioridad en el proceso de contrastación. Es la típica situación de la práctica en la que se asiste a un hombre de 50 años, fumador desde muy joven, que está

presentando episodios de hemoptisis ligera como único síntoma. Basta esta trilogía de datos para que la hipótesis de cáncer de pulmón se coloque en el centro de atención, aun aparentando no ser muy probable por la escasez de manifestaciones.

El enfoque probabilístico no es categórico, es flexible. Siempre expresa una duda razonable. Siempre deja una puerta abierta a formas infrecuentes o atípicas; una puerta abierta a lo aparentemente improbable. Es una forma de pensar en la cual el enunciado "se descarta..." prácticamente no tiene lugar; para bien de los enfermos. En la asistencia a enfermos se da otra situación en la que también es aplicable el enfoque probabilístico en el diagnóstico, pero con una variante.

Además de afecciones agudas, las personas pueden padecer de enfermedades crónicas que en determinados momentos suelen presentar episodios de descompensación. Es el caso de los diabéticos, asmáticos, hipertensos, cirróticos, epilépticos, pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal, entre otros.

En estos pacientes, cuando la solicitud de asistencia médica obedece a una exacerbación de su enfermedad, y cuando esta agudización se presenta clínicamente con claridad, prácticamente el médico realiza lo que se conoce como un "diagnóstico directo". En la opinión del autor, en estos casos, si se está razonablemente seguro de que se trata de la enfermedad crónica de base y no de una nueva afección, el sentido de la discusión diagnóstica no debe ir dirigido solamente a establecer comparación entre la enfermedad crónica del paciente y otras enfermedades con las cuales se pudiera confundir. Considera el autor, que entonces es más adecuado dirigir el diagnóstico nosológico hacia la discusión de aquellas situaciones, condiciones, afecciones o factores que pudieran estar relacionados o ser responsables de la descompensación de la enfermedad crónica de base.

En la gran mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas pueden ser considerados un número variable de los llamados "factores de descompensación"; algunos específicos de cada afección (el neumotórax en los pacientes con EPOC, el infarto del miocardio en los pacientes con insuficiencia cardíaca, la infección en los diabéticos, la neumonía en los asmáticos, el sangramiento digestivo en los aquejados de cirrosis); otros comunes a todas ellas (abandono o irregularidades en el tratamiento farmacológico, transgresiones dietéticas).

En los pacientes con afecciones crónicas, centrar la atención en la discusión diagnóstica en los posibles factores de descompensación, como expresión de un nivel mayor de precisión diagnóstica, es de suma importancia para revertir la situación clínica del enfermo e intentar restablecer el nivel basal de la enfermedad de base.

La utilización de información complementaria en la discusión diagnóstica

Uno de los aspectos más controvertidos cuando se discute sobre la discusión diagnóstica radica en si es correcto o no utilizar resultados de exámenes complementarios en este acápite de la historia clínica. Al parecer, la mayoría de los profesores aprendieron y exigen a sus estudiantes un modelo de discusión basado solamente en la información clínica y por tanto, excluyente de la información proveniente de las pruebas complementarias. Se trata entonces de una discusión diagnóstica exclusivamente clínica.

El autor de este trabajo considera que esta posición tiene su origen en el método de trabajo: el método clínico. La lógica de este método transita por la obtención de información mediante el interrogatorio y el examen físico, a partir de lo cual se generan las hipótesis diagnósticas que seguidamente serán sometidas a contrastación fundamentalmente a través de los exámenes complementarios. Todo estudiante en su proceso de formación debe entrenarse consciente e intensamente en este método con estricto apego a su lógica, lo cual le proporcionará enormes capacidades para realizar diagnósticos en cualquier circunstancias.

Pero en la realidad de nuestra práctica asistencial no siempre se dan las condiciones para la aplicación literal de esa lógica; incluso en el escenario del nivel primario de atención. Muchas veces asistimos a pacientes que ya en el primer encuentro acuden con exámenes complementarios realizados, y es muy improbable que esa información sea desestimada en el análisis del caso. Aunque se interrogue, se examine y simultáneamente se vaya conformando el diagnóstico clínico, rápidamente se incorpora al análisis cualquier otra información adicional existente. Hay que añadir que en el caso específico de los ingresos hospitalarios, la mayoría de los pacientes al momento de la realización de la discusión diagnóstica ya cuentan con exámenes complementarios realizados en el Departamento de Urgencias.

Y es que el diagnóstico clínico, para una gran variedad de afecciones, posee un nivel de incertidumbre demasiado elevado como para tomar decisiones terapéuticas de moderada o gran complejidad. Ello obedece a una gran diversidad de razones que, en algunas situaciones e individuos, limitan la utilidad de la "clínica" y le trasladan con ello protagonismo a la información complementaria. Sobre este fenómeno se profundiza en otro artículo en proceso de elaboración.

A ello se suma que quizás la mayoría de los exámenes complementarios no son confirmatorios de enfermedad alguna, sino que sólo brindan información adicional que debe ser coherentemente integrada al contexto clínico para ser correctamente interpretada y contribuir realmente al diagnóstico del problema que aqueja al paciente. ⁽²⁾ Desde este punto de vista estos exámenes

complementarios tienen la función de contribuir a la reducción de la incertidumbre diagnóstica, dentro de sus posibilidades.

A partir de estas consideraciones, ¿cómo excluir los valores de creatinina y del filtrado glomerular calculado a partir de esta, en un paciente en que se discute la posibilidad de una insuficiencia renal crónica? ¿Parece sensato no tener en cuenta las características ultrasonográficas de los riñones en la distinción de la agudeza o cronicidad en un paciente con disfunción renal? ¿Tiene sentido dejar el electrocardiograma fuera del análisis de un paciente con dolor precordial agudo de tipo isquémico según la clínica? ¿Y cómo discutir con propiedad variantes de hiperlipidemias sin el estudio de los lípidos en sangre? ¿Quién puede negar la utilidad del estudio de la sangre periférica, como fuente de información orientadora, para ubicar al paciente con anemia y escasos datos clínicos en alguno de los mecanismos de producción de dicho estado y, a partir de ello, arribar a la etiología? ¿Obviaremos esa información de la discusión diagnóstica sólo por el hecho de concebir la misma como una discusión exclusivamente clínica? El listado de ejemplos en las diferentes especialidades pudiera hacer interminable este artículo.

Recordemos también que el "diagnóstico" no se reduce al conocimiento de la enfermedad o problema de salud que padece un individuo. El diagnóstico abarca la etiología, el posible mecanismo de producción, la topografía, el estado funcional. En este sentido, la información proveniente de pruebas complementarias es indispensable, en muchas afecciones, para lograr un diagnóstico preciso, todo lo cual debería quedar reflejado en la discusión diagnóstica.

Los exámenes complementarios no son ajenos al método clínico. Como hemos expuesto en artículos previos,⁽²⁾ las pruebas complementarias constituyen una extensión de nuestros sentidos hacia el interior del organismo humano, por lo que, al igual que las herramientas clínicas (el interrogatorio y el examen físico), de la misma manera que pueden aportar información confusora también pueden aportar información sumamente importante. También pudiera decirse en el sentido contrario. De cualquier manera, aunque hay una lógica que debe ser respetada y que siempre debe partir de la clínica, la clave del diagnóstico está en la adecuada integración de toda la información existente, obtenida a partir de todos los medios y fuentes disponibles.

El diagnóstico sindrómico en la discusión diagnóstica

Asumido de generación en generación, el modelo de discusión diagnóstica difundido entre los médicos incluye invariablemente la realización del diagnóstico o resumen sindrómico; acápite de la discusión diagnóstica donde se plasman los síndromes que integran los síntomas y signos del paciente.

El síndrome, como categoría o concepto de la ciencia clínica, es el resultado de las operaciones de síntesis del

pensamiento que siguen a la fase analítica inicial del diagnóstico en la cual el médico desintegra la enfermedad del paciente en sus manifestaciones clínicas. Conceptualmente, por síndrome se entiende el conjunto de síntomas y signos que adquiere individualidad propia, y que puede obedecer a múltiples causas o enfermedades.⁽³⁾ El profesor Moreno añade que estos síntomas y signos están causal, fisiopatológica o topográficamente relacionados.⁽⁴⁾

La identificación del síndrome es un paso intermedio entre el diagnóstico de los síntomas y signos y el diagnóstico de la enfermedad.

El valor de la correcta identificación del síndrome para el diagnóstico de la enfermedad es incuestionable. Así ha sido planteado y fundamentado por el profesor Moreno.⁽⁴⁾ El síndrome delimita aquellas afecciones en cuya búsqueda deberá concentrarse el médico. El síndrome nos muestra cuáles son las enfermedades que en calidad de hipótesis, y a partir de sus elementos para el diagnóstico, deberán ser comparadas con el contexto del paciente; contexto conformado por el conjunto de anormalidades presentes en el sujeto enfermo. Por esta razón, el diagnóstico del síndrome cumple una evidente e importante función gnoseológica.

Pero el punto de discusión no radica en el lugar o papel del diagnóstico sindrómico en el proceso más general del diagnóstico de la enfermedad del paciente. Como ya se ha expresado, ese papel y lugar están bien establecidos y son indiscutibles. El debate, a mi juicio, debe estar centrado en las siguientes dos interrogantes que están estrechamente relacionadas: ¿Es posible diagnosticar un síndrome en todo paciente, como eslabón intermedio entre síntomas-signos y enfermedad? ¿Es una condición necesaria transitar por el diagnóstico sindrómico para realizar el diagnóstico de la enfermedad?

La primera interrogante parece menos difícil de responder. A mi mente acuden en estos momentos diversas situaciones a lo largo de los años en las que se acercaron internos a preguntar qué síndrome plantear en la discusión de un paciente que ingresa por presentar hemoptisis como síntoma único; o en pacientes que sólo aquejan disfagia, o dolor epigástrico, o hematuria; o en ancianos constipados. También ante pacientes que sólo refieren pérdida de peso, pues mantienen su apetito y su vitalidad. En cuántas ocasiones asistimos a pacientes que plantean molestias difusas, erráticas, imposible de interconectar entre sí. Pudieran ser citados más ejemplos sólo desde el campo de la medicina interna.

Y es que, sencillamente, no existen denominaciones sindrómicas para todos los estados patológicos que puede padecer un ser humano. Aquí comienza a manifestarse la relación entre la primera pregunta y la segunda, mucha más compleja de responder después de asumir a plenitud la función gnoseológica del diagnóstico sindrómico. Porque si aceptamos que no es posible diagnosticar un síndrome en todo paciente, como

eslabón intermedio entre síntomas-signos y enfermedad, entonces por deducción deberíamos también aceptar que transitar por el diagnóstico sindrómico no es una condición necesaria para realizar el diagnóstico de la enfermedad, pues no todo paciente enfermo tiene necesariamente un síndrome identificable.

Adicionalmente, si analizamos algunos de los síndromes que son objeto de estudio en la Propedéutica clínica nos percataremos rápidamente que esos síndromes, en esencia, no son más que una denominación diferente del síntoma o del signo que capitaliza el contenido de ese síndrome; es como si ese síntoma o signo fuese elevado automáticamente a la categoría de síndrome. Este es el caso del síndrome convulsivo, del comatoso, del hemipléjico, del parapléjico, del febril, del icterico, del diarreico, del adénico, del ascítico y del inflamatorio articular, por citar algunos ejemplos.

En los citados ejemplos, la función gnoseológica del diagnóstico sindrómico transita invariablemente por un meticuloso aprovechamiento de la semiografía o caracterología del síntoma esencial del síndrome, o sea, de las características semiográficas del síntoma o signo al cual el síndrome hace referencia; haciendo énfasis en los síntomas acompañantes e integrando a la caracterización del síntoma otros datos clínicos (edad, sexo, elementos epidemiológicos, factores de riesgo, etc).

Por ello, en la práctica, no creo que existan diferencias sustanciales entre utilizar mentalmente el lenguaje de síndrome o el de síntoma (o signo), para estos ejemplos puntuales. Las causas de síndrome icterico son las mismas que de ictero, de la misma manera que las causas de síndrome comatoso son las mismas que de coma. Desde este punto de vista, se puede aceptar que es totalmente factible pasar del diagnóstico del síntoma o signo capital al diagnóstico de la entidad nosológica; del síntoma a su etiología, sin necesidad de realizar el diagnóstico sindrómico, pues este se convierte en una pura formalidad.

Debemos mencionar la situación que se da en aquellos pacientes en los cuales los exámenes complementarios se convierten en la fuente principal de información. Puede que un derrame pleural se identifique inicialmente en una radiografía de tórax, o una ascitis en un ultrasonido. Puede que una isquemia miocárdica sea diagnosticada no por la clínica, sino por el electrocardiograma; de la misma manera que una anemia moderada de instalación muy lenta puede que sea reconocida sólo a partir del hemograma.

Si regresamos al concepto de síndrome (conjunto de síntomas y signos...), el planteamiento sindrómico en estos casos no tiene cabida, porque los fenómenos están ocurriendo sin manifestarse clínicamente. Los pacientes de estas situaciones tienen un derrame pleural, una ascitis, una isquemia miocárdica o una anemia; pero no tienen un síndrome pleural de interposición líquida, un síndrome ascítico, un síndrome de insuficiencia coronaria

ni un síndrome anémico. Algunos profesores exigen de cualquier manera que, en estas situaciones, estos síndromes aparezcan declarados en el resumen sindrómico, porque como fenómenos patológicos están ocurriendo en el paciente. En mi opinión, ello no tiene sentido, pues la identificación del síndrome (o más exactamente, el planteamiento del síndrome), además de no estar fundamentado en síntomas o signos presentes en el paciente, no ha cumplido con la función gnoseológica del diagnóstico sindrómico al llegarse al diagnóstico del estado patológico por otro camino o vía.

Realmente, la aceptación de que el diagnóstico sindrómico no es una condición necesaria para realizar el diagnóstico de la enfermedad no demerita en lo más mínimo la función gnoseológica asignada a dicho diagnóstico. Sólo que esta función gnoseológica se materializará a cabalidad sólo en aquellos pacientes en los cuales se identifica una constelación de síntomas y signos (síndrome) bien definido, sobre todo aquellos síndromes llamados por Moreno "síndromes sombrilla", dada su cualidad de englobar en sí otros síndromes.⁽⁴⁾ Ejemplos clásicos de estos síndromes son el de insuficiencia hepática (puede englobar en un paciente concreto al síndrome de degradación de la conciencia o comatoso, al síndrome icterico, al síndrome purpúrico-hemorrágico, al síndrome hipoglucémico), y el de hipertensión portal (puede englobar al síndrome ascítico, al síndrome esplénico, al síndrome de sangramiento digestivo alto por várices esofágicas o bajo por hemorroides).

CONSIDERACIONES FINALES

La identificación de espacios o áreas en nuestra actuación profesional donde, mediante la reflexión, el análisis, el cuestionamiento y el debate se logren establecer puntos de mejoría, constituye una premisa de incuestionable valor para el perfeccionamiento de nuestro trabajo, no sólo asistencial sino también docente. En esta oportunidad se ha profundizado en el área de nuestro método de trabajo, el método clínico, relacionada con el pensamiento o razonamiento médico; no de una forma directa ni total, sino indirecta y parcialmente a través de la discusión diagnóstica en la historia o expediente clínico.

He aquí el primer planteamiento que debemos reiterar: la discusión diagnóstica es un ejercicio de razonamiento médico; ya sea en su redacción en la historia clínica, ya sea como forma específica de actividad docente. Y el razonamiento o pensamiento, aunque se sustenta en ciertas reglas y procedimientos, también es rico en variantes y atributos derivados de la singularidad de cada ser humano. Por esta razón no admite "camisas de fuerza", y el formato de la discusión diagnóstica debe ser coherente con ello.

En este artículo han sido expuestas ideas que van reñidas, en mayor o menor medida, con concepciones convencionales acerca de un componente del documento clínico, la discusión diagnóstica; concepciones

transmitidas de generación en generación, quizás sin suficiente reflexión o visión dialéctica del fenómeno.

La primera de estas ideas está relacionada con el formato escrito de la discusión diagnóstica. En opinión del autor el modelo tradicional de plantear unas enfermedades y descartar otras debe ser sustituido por un modelo basado en un enfoque probabilístico (cualitativo) de valorar distintas afecciones como responsables del estado patológico del paciente; en calidad estas afecciones de hipótesis. Este aspecto pudiera aparentar que constituye una cuestión meramente de forma o de estilo, pero es mucho más que eso. Recordemos que cuando enseñamos al estudiante a redactar una discusión diagnóstica, le estamos enseñando un modelo de pensamiento o razonamiento médico. Ahí está su trascendencia.

La posición del autor con relación a los otros dos aspectos abordados es también clara.

Primero, no hay razón para realizar discusiones

diagnósticas exclusivamente clínicas. Hay que integrar coherentemente en el razonamiento médico toda la información complementaria existente en el momento del análisis; siempre partiendo de la clínica, de ser ello posible.

Segundo, no siempre es posible ni necesario plantear síndromes en la discusión diagnóstica. A pesar de la incuestionable función gnoseológica del diagnóstico sindrómico, en algunas situaciones es totalmente factible y válido transitar del diagnóstico de síntomas o signos capitales u orientadores al diagnóstico de la enfermedad, de forma directa.

Considero que los elementos aquí sugeridos y fundamentados contribuyen a la elaboración de discusiones diagnósticas más flexibles y realistas; expresión a su vez de un pensamiento o razonamiento médico también más flexible y realista. Quedan pues estas ideas abiertas a la crítica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. Un modelo simplificado del proceso de atención médica. Implicaciones asistenciales, docentes e investigativas. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citada: 12 de abril de 2011]; 8(2): [aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000200007&script=sci_arttext
2. Corona Martínez LA. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones útiles para el médico en formación. Medisur [revista en Internet]. 2005 [citada: 12 de abril de 2011]; 3(1): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/90>
3. Llanio Navarro R, Fernández Mirabal JE, Pérez Carballás F, Fernández Sacasas JA, Pena Pereiro A, Rodríguez Rivera L, et al. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1982.
4. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. Ciudad de La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001.