

EL DIAGNÓSTICO MÉDICO: ARTE Y (POCA) CIENCIA¹

Diagnosticar es atribuir una categoría a una situación/problema de salud. En esta definición se incluye tanto el asignar un nombre o etiqueta como el proceso mental y técnico que lleva a la inclusión en una categoría previamente definida.

La etiqueta es importante puesto que conlleva información fácilmente entendible por los profesionales (y a veces por los legos) y porque habitualmente se asocia a ciertos procedimientos terapéuticos, a un pronóstico probable y en muchos casos a una situación social (cobro de un seguro, por ejemplo).

Pese a su importancia, sabemos poco sobre el proceso mental y técnico que lleva a la selección de una etiqueta para la situación/problema de salud concreto considerado. Además, diagnosticar es cuestión cultural en un contexto determinado, pues las categorías a elegir para la etiqueta son las aceptadas en un tiempo, lugar y comunidad. Así, por ejemplo, la definición de diabetes ha cambiado con el tiempo, como lo ha hecho la de úlcera gástrica, la de “niño inquieto” o la de colon irritable; la homosexualidad puede ser en algunos lugares normalidad, en otros enfermedad y en algunos delito.

En cualquier caso, los métodos y las tecnologías diagnósticas se desarrollan y difunden sin el rigor de la evaluación metodológica a que se someten las pruebas terapéuticas. Ello puede llevar a lo que

¹ Resumen “de autor” del primer Seminario de Innovación en Atención Primaria 2009, que tuvo lugar el pasado 6 de marzo, en Madrid. El autor de este resumen es **Juan Gérvas**, médico general rural y coordinador de los Seminarios de Innovación (jgervasc@meditex.es). Fueron ponentes **Salvador Peiró** (Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia), **Víctor Abaira** (Hospital Ramón y Cajal, Madrid) y **Arturo Álvarez Roseta** (Técnicas de Salud, Sevilla). El seminario tuvo dos semanas de debate por correo electrónico y una sesión presencial. Participaron en dicha sesión **Ángel Alberquilla, Miguel Amengual, Victoria Ayala, Laura Basteiro, Beatriz Becerril, Julio Bonis, Elena Carredo, Josep Casajuana, Jorge Casas, Txema Coll, Rafa Cofiño, M^a José Fernández de Sanmamed, Luis García Olmos, Alejandra García Ortiz, José Manuel Garrote, Raquel Gómez Bravo, Javier González de Dios, Alicia Gutiérrez Misis, Blanca Gutiérrez Parres, Luciana Loures do Santos, Purificación Magán, M^a Auxiliadora Martín Martínez, Dolores Marrero, Teresa Martínez Ruiz, Félix Miguel, Sergio Minué, Ramón Morera, Javier Padilla, Raimundo Pastor Sánchez, Elena Pérez Cánovas, Mercedes Pérez Fernández, María Pérez Pascual, Juan José Pérez Valencia, Miguel Ángel Ripoll, Pilar Rodríguez Ledo, Bernardo Seoane, Anne María Speciale, Elena Serrano, Pascual Solanas, Rita Tristancho, Tiago Villanueva, y Concha Violán**. Los Seminarios de Innovación están organizados por la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, con apoyo del Instituto para la Investigación en Atención Primaria de la Fundación Jordi Gol. Colabora siempre GSK y habitualmente el Ministerio de Sanidad y Consumo. Para saber más www.fcs.es

irónicamente se ha definido como “tratamiento riguroso de diagnósticos inciertos”.

Diagnosticar es mucho más que determinar la existencia de una enfermedad en un paciente pues la categorización puede abarcar desde la salud a la muerte. Es decir, gran parte de la actividad diagnóstica se emplea en la atribución de categorías no definidas como enfermedad. Ello es más frecuente para el médico general/de familia, o para el médico de urgencias, gran parte de cuya labor se centra específicamente en determinar quién está sano, por cuanto su problema de salud es tan sólo una variación de la normalidad. Atribuir salud o enfermedad a una situación/problema de salud es cuestión central en atención primaria y en urgencias, pero la forma de trabajo es muy distinta en ambos casos. El médico de cabecera suele determinar la “normalidad” por mecanismos no bien comprendidos, mediante su conocimiento previo del paciente y su entorno (datos blandos) y una simple anamnesis y exploración física más o menos superficial. En urgencias la normalidad se suele definir mediante anamnesis y exploración complementadas con pruebas técnicas cuyos datos “duros” ayudan a definir la no presencia de enfermedad (más que la normalidad). Los especialistas suelen trabajar con métodos similares, con la notable excepción de los psiquiatras.

Aceptada la anormalidad de la situación/problema (establecido un umbral de diagnóstico tipo “hay un problema que vale la pena llegar a diagnosticar”), el proceso diagnóstico avanza hasta determinar la inclusión en una categoría médicamente aceptable, que suele implicar el tratamiento correspondiente. Por ejemplo, en el dolor abdominal, apendicitis, colon irritable, neoplasia hepática, rotura de aneurisma de aorta, gastroenteritis aguda y demás. Entre los clínicos se valora en mucho la capacidad de diagnosticar acertada y rápidamente, pero sorprende la escasa sistematización que hay respecto al proceso, a su enseñanza y a su análisis.

Sabemos que es fundamental se incluya el diagnóstico final en el primer momento del establecimiento de las hipótesis diagnósticas (casi en los segundos iniciales de la entrevista clínica). También sabemos que el clínico va considerando intuitivamente las probabilidades pre-prueba de las distintas hipótesis y que llega un momento en que tiene el diagnóstico final, bien por descartar algunas hipótesis bien por aceptar otras sin demasiadas dudas. En otros casos, cuando la duda es razonable, decide emplear algunas

técnicas diagnósticas para confirmar/excluir determinadas hipótesis. La probabilidad de que los resultados de estas pruebas ayuden al diagnóstico depende críticamente de la probabilidad pre-prueba de la enfermedad considerada. Sin otro conocimiento, la prevalencia de la enfermedad antes de las pruebas da idea de esta probabilidad pre-prueba. De ahí el distinto uso de las pruebas diagnósticas en atención primaria (donde las probabilidades son bajas) y en atención especializada (donde las probabilidades son altas si hay una organización sanitaria que filtre los pacientes). Puesto que los estudiantes y residentes reciben su formación casi exclusivamente de los especialistas hospitalarios, es lógico que imiten su proceso diagnóstico incluso cuando lo aplican a entornos de baja prevalencia de enfermedad.

Por todo ello, el proceso diagnóstico es expresión final de la estructura sanitaria y social en que están inmersos los médicos, del resultado de la distinta influencia de los actores y lugares en que se definen cuestiones clave como qué sea salud, cómo se remunera el trabajo médico, o dónde se forman los estudiantes y residentes. Vale la pena, pues, analizar estas cuestiones en profundidad.