

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

## La enseñanza práctica del diagnóstico clínico

\* Dr. Ramón Ortúzar E.

Cuando el estudiante llega al cuarto año de Medicina, y a sus conocimientos de Fisiología y Fisiopatología se ha agregado en el semestre anterior el estudio de la Semiología, que lo introduce en la técnica del interrogatorio y examen del enfermo, y está conociendo sistemáticamente las afecciones de los aparatos o sistemas, surge la necesidad de familiarizarlo con el diagnóstico clínico, que constituye la esencia del acto médico, ya que es el fundamento de la indicación terapéutica.

Todas las etapas anteriores, el conocimiento de la estructura y funcionamiento del organismo humano, así como de los agentes internos y externos que pueden contribuir a su alteración, y los efectos y manifestaciones generales que de ello resulta, son los cimientos necesarios para llegar al diagnóstico de la enfermedad. Su dominio no significa que éste se produzca como su consecuencia natural o matemática, ya que es necesario un complejo proceso, que involucra el correcto empleo de este conocimiento, una adecuada valoración de los síntomas y signos encontrados y una exacta conjugación de ellos en función de la experiencia. Este proceso mental, que debe ser gradual y progresivo a medida que se obtienen los datos, es el que nos lleva al diagnóstico. Este no surge así como una inspiración o iluminación espontánea; no es o no debe ser el producto de una "tinca" o idea súbita. El llamado "ojo clínico" de los antiguos no es el resultado de una impresión aislada, sino la puesta en práctica en forma rápida, y por una inteligencia también rápida, de la racional operación mental que hemos esbozado.

El método o técnica empleado para lograr que el alumno aprenda y ponga en práctica este procedimiento mental pue-

de variar, y probablemente cada profesor de clínica tiene, en alguna forma, un esquema propio; pero el más común es aquél que inicia la discusión del diagnóstico diferencial una vez que se ha expuesto la historia, se ha dado a conocer el examen físico, y en algunos casos, el resultado de los test de laboratorio hasta ese momento efectuados. Nosotros recurrimos a un procedimiento distinto, que la experiencia nos ha demostrado es más fácil de comprender y manejar por el estudiante, y que tiene, además, la ventaja de hacerle ver la importancia de cada síntoma y signo aislado y, por ende, la necesidad de su correcta captación e interpretación.

Exige el trabajo docente en pequeño grupo (no más de cinco alumnos) en un recinto próximo, pero no junto a la cama del enfermo, en forma de no exponer a éste a la discusión técnica de su problema, pero que permita su reinterrogación y examen cuando sea necesario. Idealmente, el paciente debe estar recientemente ingresado, no haber sido sometido aún a los procedimientos de diagnóstico complementarios, y el alumno a cuyo cargo se encuentra, no debe conocer la historia clínica del servicio.

Los demás miembros del grupo tampoco deben conocer el "caso" que se va a presentar, para lo cual debe ser el profesor quien designe, sin previo aviso, al alumno que expondrá la historia clínica de su paciente en esa sesión de trabajo. A medida que el alumno da a conocer la historia del enfermo, el docente lo interrumpe para preguntar sobre el significado de un antecedente, síntoma o signo mencionado por el paciente, tratando de establecer entre ellos una relación integrada e iterativa, a medida que van apareciendo. Este significado debe incluir el conocimiento de la fisiopatología de ese síntoma o signo, para comprender bien el o los órganos y la función afectados. La mención de nuevos

\* Profesor Emérito de Medicina Interna.  
P. Universidad Católica de Chile.

---

síntomas o signos en la anamnesis, motiva a tratar de relacionarlos con los previamente descritos, buscándose en forma progresivamente integrada, establecer un síndrome clínico más definido. Los datos de la anamnesis remota familiar y personal, así como de los hábitos del enfermo, deben ser analizados buscando integrarlos al síndrome clínico esbozado. Antes de dar por terminado el análisis de la anamnesis, se insiste sobre la revisión de aparatos o sistemas, destacando que el paciente muchas veces no menciona, por no darle importancia, síntomas de otros órganos que pueden tener valor en la composición diagnóstica. (Ej.: pigmentación de la piel, cambio en el hábito intestinal, orina clara muy abundante, etc.).

Terminada y comentada extensamente en la forma señalada la historia, y antes de exponer el examen físico, se propone y discute el diagnóstico clínico o de síndrome clínico que, en base a ella, se ha elaborado, y luego se pregunta qué hallazgos del examen físico corroborarían este diagnóstico. Habitualmente éste no es único, sino son varias hipótesis señaladas en orden de probabilidades. Aquí el docente debe encausar la discusión para evitar, tanto que se desconozcan otras posibilidades diagnósticas amén de la que aparece más probable, cuanto que se propongan tantas, que resten valor al procedimiento empleado, y traduzcan una buena erudición, pero un mal criterio clínico. En este aspecto, es conveniente la consideración de la frecuencia de las enfermedades o síndromes propuestos. Este procedimiento podríamos llamarlo de integración e iterativo, ya que, en forma repetitiva, se van integrando los datos, a medida que se presentan, restringiendo progresivamente el o los síndromes clínicos en que pueden agruparse.

Al preguntarse qué hallazgos del examen físico corroborarían las hipótesis diag-

nósticas a que se ha llegado, estamos ya averiguando si el examen hecho por el alumno que presenta incluye los aspectos que interesan, los que motivan a efectuar exámenes completos y detallados. A continuación, el estudiante da a conocer el resultado de su examen siguiendo la pauta habitual de examen general y segmentario. Aquí nuevamente se interrumpe la exposición (que debe ser tal, y no leída), para preguntar sobre la interpretación de cada hallazgo anormal o normal en función de las hipótesis propuestas, con lo cual se va dibujando, cada vez más claramente, el cuadro clínico del paciente en estudio. Al término del examen físico, y antes de analizar la hipótesis de diagnóstico final, se va con el grupo a examinar al enfermo, confirmando o corrigiendo lo expuesto por el alumno. En este momento, amén de enseñar práctica semiológica, se insiste en la diferente apreciación que, para uno u otro observador, puede tener un hallazgo del examen.

Se debe destacar que los principiantes "miran pero no ven", enfatizando el significado que para el docente con experiencia tiene un hecho que él observa, pero que para ellos pasa inadvertido. (Ej.: atrofia muscular circunscrita, signo de Claude Bernard Horner, etc.).

Terminado el examen, y estando todos de acuerdo con él, se vuelve a la salita de reunión para discutir el diagnóstico clínico final, los datos complementarios necesarios para su confirmación, y el manejo inmediato del enfermo. Al preguntar a los alumnos sobre exámenes complementarios necesarios, se coloca en la posición de que ellos son médicos en un hospital con medios limitados, y que el paciente es de escasos recursos, poniéndolos así frente a una realidad clínica que tiende a desconocerse en nuestro medio universitario, pero con la cual tendrá que vivir la gran mayoría de ellos. Se insiste también en ir de

---

lo simple (generalmente lo de menor costo y sobre lo que hay más experiencia) a lo más complejo, y de lo menos agresivo a aquello que involucra un riesgo para el enfermo. Con estos elementos a la vista, se va desarrollando el criterio del estudiante sobre el estudio complementario del paciente, al mismo tiempo que se explora su conocimiento y adecuada valoración de las diferentes técnicas de exámenes y tests de laboratorio. Si en el enfermo ya se han efectuado algunos de ellos, se los analiza e integra al esquema diagnóstico elaborado. Se concluye con un somero análisis del manejo terapéutico del paciente, y lo que puede de él esperarse. El alumno a cargo del caso deberá informar al grupo en próximas sesiones de la evolución observada.

Un párrafo aparte merece la consideración de lo que llamo "historia humana" del enfermo, y que, con frecuencia, debe ser muy considerada en el diagnóstico. La ficha clínica nos indica la profesión, sexo, lugar de habitación, estado civil y edad del paciente, pero nada nos dice de su situación familiar, social y en su trabajo. Esto se refiere a los problemas o conflictos que enfrenta en su hogar, en el ambiente económico y social o en su diaria actividad, conflictos que, en alguna forma, pueden estar provocando estados de ansiedad o tensión que sean la causa o influyan en las molestias que lo aquejan. A esto debe agregarse la apreciación de la personalidad del paciente, ya que ésta determina, en parte, su reacción frente a las situaciones que planteamos, y también explicaría la mayor frecuencia de ciertas enfermedades en cierto tipo de sujetos (ej.: la hipertensión esencial, la enfermedad coronaria y la úlcera gastroduodenal en individuos con la personalidad que los siquiátras llaman Tipo I).

Esta historia humana se insinúa ya con el primer contacto del médico con su en-

fermo, y debe irse conociendo mejor, a medida que avanza el interrogatorio en la anamnesis ordinaria. Las preguntas más específicas que precisan las situaciones mencionadas no deben hacerse, sino cuando, establecida una buena comunicación y confianza con el paciente, ellas pueden formularse como un complemento natural de la historia clínica, en un ambiente de privacidad, ya que algunas de ellas (ej.: situación matrimonial y vida sexual) pueden herir la susceptibilidad o el pudor de nuestro paciente. La experiencia nos ha enseñado con cuánta frecuencia el enfermo "se aferra" a sus síntomas aparentemente orgánicos, y rehúye señalar otras características de su cuadro clínico que permitan al médico considerar la naturaleza "nerviosa" o funcional de ellos. Esto explica la dificultad que, en muchos casos, se encuentra en calificar un síntoma determinado (ej.: cefalea, dolor abdominal no característico, falta de fuerzas, etc.), lo que conduce muchas veces a solicitar exámenes complementarios costosos o agresivos que resultan innecesarios.

Para el estudiante, este aspecto de su relación con el enfermo resulta difícil, ya que se siente inhibido por su juventud e inexperiencia para abordarlo con naturalidad y confianza. El docente debe, sin embargo, insistir en la importancia que, para el correcto diagnóstico y manejo del paciente, esto puede tener, y estimular al alumno para encontrar la forma de incorporar estos antecedentes como complemento de su historia clínica, y considerarlos en la discusión diagnóstica.

Dado que más del 80 por ciento de la jornada de trabajo de nuestros futuros egresados va a tener lugar en el consultorio externo institucional y privado, es conveniente hacer algunas consideraciones sobre las particularidades que el diagnóstico clínico presenta en estas condiciones. El tiempo disponible para cada enfermo re-

---

sulta ahora muy limitado y, por tanto, la dificultad para efectuar una completa historia y examen físico y llegar a un diagnóstico razonable, es mayor. Esto exige más experiencia, y por eso siempre me ha parecido un error que se destine a la consulta externa a médicos jóvenes, más expuestos a equivocarse y cometer errores o recurrir a exceso de exámenes complementarios para tratar de evitarlos. La experiencia hace posible que el mismo proceso mental que hemos detallado como adecuado para llegar al diagnóstico en el paciente hospitalizado, pueda realizarse en forma rápida, simultáneamente con la interrogación y examen del enfermo, alcanzándose así, en breve tiempo, un diagnóstico fundamentado que conduzca a una correcta decisión ulterior sobre el paciente. En los alumnos, a esta dificultad se agrega el que muchas de las consultas del policlínico son motivadas por cuadros clínicos que no han visto en el hospital y muchas veces ni siquiera han estudiado, dominando lo que se ha llamado "subpatología", con un alto

porcentaje de molestias funcionales y aún casos de simulación en búsqueda de subsidio. Todo esto nos ha hecho ver que es necesario familiarizar al alumno con esta modalidad de trabajo, en forma que gradualmente vaya conociendo y aprendiendo la técnica que debe emplearse. Por esto, llevamos a nuestro grupo del curso práctico a la consulta externa, pero es el docente quien, frente a ellos, atiende al paciente, haciéndoles ver el procedimiento del interrogatorio y examen, y comentando, mientras el enfermo se desviste y viste en la pieza vecina, los hallazgos positivos resultantes y la conducta a seguir y su justificación. Creo que esta metódica es buena para iniciar al alumno en la práctica de la consulta externa, y que le demuestra cómo, en un tiempo razonablemente breve, puede llegarse a un diagnóstico de trabajo adecuado y hacerse buena medicina.

"El diagnóstico se construye con los síntomas y signos bien captados, correctamente interpretados y racionalmente integrados, más que se desprende del conocimiento de las enfermedades".