

Hermenéutica y medicina

Hermeneutics and medicine

■
RICARDO POSADA SALDARRIAGA¹

Forma de citar: Posada R. Hermenéutica y medicina. Rev CES Med 2009;23(1):103-113

«El médico rara vez cura, alivia en ocasiones, pero consuela siempre»

Epitafio en la tumba de Trudeau en el siglo VI

RESUMEN ■

El ejercicio diagnóstico, basado en una buena historia clínica, un examen físico completo y un uso racional de los exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas, es el acto médico más importante, y la máxima expresión de la unión de ciencia y arte de la profesión médica. La interpretación de los hallazgos brindados por estos tres actos es la clave para llegar a un diagnóstico exacto y para definir un tratamiento adecuado con miras a restablecer la salud del paciente. Es un arte eminentemente hermenéutico pues parte de lo oscuro y poco claro para llegar a la claridad del diagnóstico. Igualmente es la máxima expresión del círculo hermenéutico pues hace comprensible el todo partiendo de las partes y a la vez aclara las partes comprendiendo el todo. La relación médico-paciente debe establecerse basada en la bondad, la tolerancia, la comprensión, el respeto y la aceptación de las diferencias del paciente. La medicina sin amor es una ciencia estéril.

¹ Pediatra Neumólogo. Jefe de Postgrados de la Facultad de Medicina de la Universidad CES. Estudiante de la Maestría en Estudios Humanísticos. Universidad EAFIT. Grupo de Investigación Pediatría CES.

Recibido en: febrero 12 de 2009. Revisado en abril de 2009. Aceptado en mayo 4 de 2009

PALABRAS CLAVES

Hermenéutica

Relaciones Profesional-Paciente

Historia Clínica del Paciente

Examen físico, imaginología

Interpretación

ABSTRACT

Exercise diagnosis, based on a good clinical history, complete physical examination and judicious use of paraclinical tests and diagnostic images, is the most important medical procedure, and the best expression of the union of science and art of the medical profession. Interpretation of findings provided by these three acts is the key to reaching an accurate diagnosis and to define an appropriate treatment aimed to restoring patient health. It is essentially a hermeneutic art that part from dark and obscure to reach the clarity of the diagnosis. It is also the ultimate expression of the hermeneutical circle because makes understandable the whole based on its parts and clarifies them understanding the whole. The physician - patient relationship should be based on kindness, tolerance, understanding, respect and acceptance of patient differences. Medicine without love is a sterile science.

KEY WORDS

Hermeneutics

Professional-Patient Relations

Medical Records

Physical Examination

Interpretation

La medicina, como todas las profesiones y ciencias, es una amalgama de conocimientos producidos

como resultado de investigaciones científicas o "ciencia" y como fruto de la experiencia o "práctica". Los conocimientos científicos dependen de un método objetivo y sus resultados deben ser medibles, demostrables y reproducibles, basados en una evidencia objetiva. Por su parte, la práctica se basa en conocimientos "subjetivos" que el hombre adquiere de su experiencia en el mundo, de la tradición cultural e histórica, de la literatura, la filosofía y las artes.

En medicina, la práctica también se adquiere de la propia experiencia del médico durante su ejercicio profesional, de la interpretación individual que haga del concepto de salud y enfermedad, del constante trato y contacto con el enfermo y con los múltiples pacientes con los que se relaciona en el día a día, de los triunfos y fracasos de sus propias decisiones y acciones, de sus relaciones e intercambios de conocimientos con colegas y pacientes y de sus prejuicios y preconcepciones sobre su profesión.

Sin embargo, esta experiencia práctica del médico debe validarse a la luz de los conocimientos científicos vigentes para poder aplicarse a cada uno de sus pacientes, debe refrescarse o actualizarse día a día conforme a los cambiantes conocimientos de la medicina. En otras palabras, no es posible la ciencia sin la práctica y viceversa. Es decir, el médico no puede hacer algo sobre alguien (ejercer la medicina), si este conocimiento práctico no está validado por los conocimientos científicos, pues de lo contrario, estaría actuando de manera anti-ética y "caprichosa". No es posible ejercer responsablemente la medicina si no se validan científicamente las prácticas médicas. Sin una evidencia científica no se puede realizar ningún acto diagnóstico o terapéutico sobre un paciente.

Gadamer en su libro "El estado oculto de la salud" nos dice: "La experiencia científica... basada en un procedimiento metódico, se constituye en la única experiencia segura y en el único saber capaz de legitimar cualquier experiencia. Lo que se recoge en materia de conocimientos sobre la humanidad a través de la experiencia práctica y de la tradición,

es decir, fuera de la "ciencia" debe ser sometido a exámenes por parte de ésta. Y si lo aprueba, pasa a pertenecer a su campo de investigación. Por consiguiente, no hay nada que, en principio, no sea de su competencia" (1). Por todo lo anterior, podemos concluir que la medicina, como decíamos al principio, es una mezcla de saber y de poder-hacer, de teoría y práctica, de conocimientos y aplicación; en definitiva, de ciencia y arte.

El arte de la medicina se refleja principalmente en el acto del diagnóstico. Allí, el médico realiza un complejo proceso abstracto en el cual debe poner en juego todo su conocimiento científico y su experiencia práctica para establecer, por medio de su capacidad de juicio, la enfermedad a la que se enfrenta. Es un proceso de sumas y restas, de interpretación de síntomas, signos y exámenes paraclínicos, partiendo de generalizaciones debe individualizar cada caso particular. Es un claro ejemplo de lo que Gadamer llama "formación", "sentido común" y "capacidad de juicio". El juicio clínico es más un arte que una ciencia, los errores diagnósticos se deben más a problemas de interpretación (arte) que a problemas de conocimientos científicos. Se deben más a malinterpretación de los síntomas (relatados por el paciente) y signos (hallazgos semiológicos) que a desconocimiento de la teoría científica.

Robert Blacklow en su libro *Signos y Síntomas* dice: "Los aspectos técnico y científico de la medicina pueden aprenderse en gran medida por la lectura y el estudio; no ocurre lo mismo con el arte y la destreza que exige el aspecto interpersonal de la relación entre médico y paciente. La facultad clínica de obtener una historia adecuada es un arte que se desarrolla por imitación de maestros, por la práctica y la experiencia" (2). El diagnóstico es un arte eminentemente hermenéutico. Es la interpretación de síntomas (relato del paciente), signos (hallazgos del examen físico) y exámenes paraclínicos (imágenes, laboratorio) y, a este arte dedicaremos la mayor parte de este trabajo.

Esta es la relación más importante entre la medicina y la hermenéutica, entendida, esta última, como

arte de la interpretación, o como la define Gadamer, "el arte de la comprensión que se requiere cuando no está claro e inequívoco el sentido de algo" o como dice Grondin "Hermenéutica es elucidar, volver claro lo oscuro, hacer inteligible lo ininteligible, convertir lo extraño en familiar..." (3).

Esta definición de hermenéutica de Grondin es la que más se aplica al acto del diagnóstico clínico. El médico se enfrenta a un relato de los síntomas proporcionado por el paciente (o sus familiares en el caso de un niño), en muchos casos oscuro y de difícil comprensión por la distancia cultural, con síntomas no relacionados entre sí, con quejas inconexas y poco claras, con un alto grado de subjetividad individual (Ej: tolerancia al dolor, creencias del origen de su mal, sentimientos de culpa, sentimientos frente a la enfermedad, temores, expectativas, etc), trata de unir este relato y darle claridad, interpreta lo dicho por su paciente, realiza un examen físico y se apoya en ayudas paraclínicas para establecer un diagnóstico definitivo y determinar el tratamiento que debe seguir. Es decir, parte de lo oscuro e ininteligible para tratar de aclararlo y volverlo inteligible. Convierte lo extraño en familiar para él y para sus conocimientos científicos. Este es el reto al que se enfrenta el médico en cada uno de sus actos, un reto eminentemente hermenéutico.

Durante el ejercicio clínico del diagnóstico, en el diálogo médico-paciente surgen momentos de incompreensión, momentos que cortan o interrumpen la comprensión y que deben ser aclarados por parte del médico, por medio de un ejercicio hermenéutico para restituir la comprensión y lograr los tres objetivos principales de este diálogo, a saber: el establecimiento de un diagnóstico adecuado, el inicio de un tratamiento acorde a éste y, finalmente, el restablecimiento de la salud del paciente.

Por su parte, Dilthey en su texto sobre el surgimiento de la hermenéutica nos dice: "Nuestro obrar presupone siempre la comprensión de otras personas... Las ciencias de la naturaleza explican,

las del espíritu comprenden... Al explicar se subsume lo individual bajo lo universal, al comprender se reconoce un evento en su irreductible singularidad" (4). Ésto se aplica perfectamente al "buen" acto médico, que más que tratar de *explicar* lo que le pasa al paciente, trata de *comprender* lo que le ocurre. Aunque parezca banal, esta distinción es fundamental para diferenciar al "mal" médico del "buen" médico; esta diferencia establece la distinción entre un médico "científico" y un médico "humano". Más importante que explicar en términos científicos lo que le sucede al otro, es comprender lo que le pasa y por qué le pasa. De esta forma la relación médico-paciente trasciende la ciencia, se hace más humana.

La relación médico-paciente exige no solamente la explicación científica de los síntomas del paciente, va más allá del establecimiento de un diagnóstico y la formulación de un tratamiento adecuado, hace necesario comprender y respetar al paciente como otro ser humano en el mundo, con sus diferencias, creencias, actitudes, conocimientos y prácticas, diferentes a las del médico. Cuando el médico se hace consciente de estas diferencias de su paciente y las comprende, su labor se facilita, pues logrará mayor empatía y "adherencia" terapéutica por parte de su paciente, y por lo tanto es más posible que logre el objetivo final de esta compleja relación: restablecer la salud del enfermo.

Hablar con el paciente y dejarlo expresar libremente sus síntomas y su propia interpretación de la enfermedad, ayuda a que el enfermo se sienta comprendido e importante para el médico y permite establecer una buena relación médico paciente. Si no se establece una relación amistosa y confortable, el paciente no va a confiar en su médico y posiblemente va a fracasar el tratamiento o el enfermo va a abandonarlo. Se ha reconocido que con sólo oír cuidadosamente a un paciente y tratarlo con bondad y amor, ya el médico está empezando a cumplir una labor terapéutica trascendental. Paracelso decía "el médico debe saber lo que hace y hacerlo con amor".

En una ocasión, un pediatra contaba una anécdota que ejemplifica perfectamente aquello que estamos

planteando; luego de haber remitido a uno de sus familiares enfermo a un famoso y "sabio" especialista, su pariente lo llamó y le dijo: "la próxima vez envíame a otro médico menos bueno (científicamente hablando) pero más humano y comprensivo... yo donde ese "genio" no vuelvo". La formación integral del médico no solamente debe incluir los conocimientos técnico-científicos, debe ser un equilibrio entre éstos y la formación humana.

El médico no solamente debe ser un científico, debe tener bondad, debe actuar éticamente. El saber del médico debe ser diferente a la erudición científica, razón tiene Whitehead al decir: "¿Dónde está la sabiduría que hemos perdido con tanta erudición?" Como nos lo recuerda el maestro Luis Alfonso Vélez, fundador del CES: "los médicos nazis eran los más ilustrados y eruditos de su época, pero cometieron las peores atrocidades de la historia de la medicina" (5). El buen médico debe tener un equilibrio entre el saber académico y la formación humanística, entre los conocimientos científicos y el amor por su profesión y por sus semejantes. Éticamente está obligado a mantener una actitud permanente de actualización académica y técnica para no quedarse atrás en los avances científicos, para evitar los errores generados por incompetencia e ignorancia. Debe mantenerse actualizado pensando en el bienestar de sus pacientes y no en su afán por el prestigio profesional y la fama. Es tan irresponsable el médico que atiende a su paciente y lo trata sin los conocimientos científicos adecuados, como el que actúa con fines eminentemente lucrativos y "científicos", dejando de lado los aspectos humanos y éticos.

El pediatra Ramón Córdoba Palacio, docente de ética y miembro del Centro Colombiano de Bioética (Cecolbe), nos recuerda el compromiso fundamental del médico: "Es necesario adquirir una formación ética que nos exija en nuestra labor, y fuera de ella, un profundo respeto por la dignidad incondicional de la persona humana, encarnada tanto en el paciente como en nosotros mismos y en todos y cada uno de los seres humanos. Este respeto sumo se manifiesta en la búsqueda del óptimo bien para quien se confía a nuestro cuidado, en el establecimiento de la amistad médica o *philia* que

consolida la indispensable confianza entre ambos - paciente y médico- y sin la cual no es posible el ejercicio con buen éxito de la medicina" (6).

El médico debe comprender que su paciente es un ser humano con sus propias características individuales, cada paciente es diferente al otro, debe entender que no es un "caso interesante", ni "otro asmático" u "otro hipertenso" o peor aun "otra hipertensión", ni es "un cliente" -como se nos ha tratado de inculcar en los últimos años- (tristemente, las nuevas formas de ver la medicina como un negocio promueven el cambio del nombre de paciente por el de cliente). Sólo si entiende a su paciente en su especial calidad ontológica será un médico exitoso. Un buen médico debe conocer a su paciente en lo que él es, como una unidad psicosomática sustentada en su libertad. De ahí que resulte cierto que "sólo conociendo al enfermo se podrá saber de su enfermedad" o que "no existen enfermedades sino enfermos".

En el trasfondo de la compleja relación entre el médico y el paciente debe haber amor al prójimo o, expresado en palabras en uso, debe vivenciarse en ella el valor de la solidaridad. El médico nunca debe perder de vista que el paciente es un ser humano constituido, como está dicho, por una unidad psicosomática que se sustenta en la libertad. Libertad que constituye su propio ser. Cada ser humano es un ente unitario, único, idéntico a sí mismo, no intercambiable... no hay dos seres humanos idénticos, de ahí que no existan dos biografías idénticas. La existencia de cada persona es una aventura única, intransferible, un universo de posibilidades, de opciones, a partir de las cuales, y por ser libre, proyecta su vida. En ello reside la dignidad de la persona humana" (7).

La Asociación Psiquiátrica de América Latina en la Asamblea Médica Mundial de 1998 plantea que: "...un médico debe mantener los estándares más elevados en su conducta profesional. No debe permitir que motivos de lucro influyan en la atención, así como en el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en interés

de los pacientes. Debe consagrarse a proveer una asistencia competente, con plena independencia técnica y moral y con compasión y respeto por la dignidad humana. Debe ser honesto con pacientes y colegas. Debe respetar los derechos de los pacientes y colegas y salvaguardar las confidencias de los primeros" (8).

A propósito citamos también el trabajo del Dr. Víctor Ferreira y colaboradores, quienes nos dicen: "El objetivo principal de la profesión médica es brindar servicio con pleno respeto por la dignidad humana y en el mejor interés del paciente. Los miembros de un colectivo deben merecer la confianza de los pacientes que atienden; su comportamiento debe responder a altos estándares éticos. Tienen la obligación moral de esforzarse continuamente para mejorar sus conocimientos médicos y habilidades, y mantenerlos disponibles a colegas y pacientes... Existen factores importantes que inciden, actualmente, modificando la relación médico-paciente: La mayor participación de la población en el bienestar de la comunidad; el surgimiento del concepto de autonomía de los pacientes, que conlleva una mayor participación en las decisiones que involucran a su propia salud, dejando atrás la actitud de sumisión absoluta e incuestionable a las decisiones de su médico; el cambio del papel del médico, del paternalismo del profesional que todo lo sabe y decide, al de co-responsable de la atención, conjuntamente con el propio paciente. Éste, ha de ver en nosotros agentes suyos y de sus intereses, a individuos que estemos en capacidad de confortarlo y de ser depositarios benevolentes de sus angustias y temores. Por encima de todo, debemos demostrar que la ciencia como tal no es nuestro objetivo, sino un medio, que utilizamos para prestar un mejor servicio, y para obtener, principalmente, la preservación o mejoría de la calidad de vida de aquellos a quienes servimos". (9)

Cuando hablamos de la diferencia entre sabiduría y erudición, es inevitable, remitirnos nuevamente a Gadamer, quien en Verdad y Método I, nos habla de los conceptos básicos del humanismo: "... Objetivamente lo que opera aquí es la vieja

oposición aristotélica entre saber técnico y práctico... El saber práctico, la *phronesis*, es una forma de saber distinta. En primer lugar está orientada hacia la situación concreta; en consecuencia tiene que acoger las "circunstancias" en toda su infinita variedad... Es claro que no sólo tiene en cuenta que este saber se sustrae al concepto racional del saber... La oposición aristotélica aun quiere decir algo más que la mera oposición entre un saber por principios generales y el saber de lo concreto. Tampoco se refiere sólo a la capacidad de subsumir lo individual bajo lo general que nosotros llamamos "capacidad de juicio". Más bien se advierte en ello un motivo positivo, ético, que encuentra también en la teoría estoico-romana del *sensus communis*. Acoger y dominar éticamente una situación concreta requiere subsumir lo dado bajo lo general, esto es, bajo el objetivo que se persigue: que se produzca lo correcto. Presupone por lo tanto una orientación de la voluntad, y esto quiere decir un ser ético." (10).

Pero es necesario volver al tema central de este ensayo: la relación de la hermenéutica con el diagnóstico clínico. El proceso del diagnóstico es el ejercicio médico fundamental, es la labor médica por excelencia. Para fines de esta revisión dividiré en dos la tarea diagnóstica: en primer lugar la historia clínica y el examen físico (semiología) y en segundo lugar la interpretación de las imágenes diagnósticas (imagenología). Analizaremos la relación que tiene cada una de ellas con la hermenéutica.

Historia clínica y examen físico

El paciente acude al médico, muchas veces, más que para buscar quien alivie su enfermedad, para buscar a quien confiar sus problemas existenciales, en busca de comprensión y apoyo, en busca de consuelo y ayuda para restablecer el equilibrio vital (orgánico y espiritual). El médico exitoso es aquel que dedica tiempo y atención a oír a su paciente. La mejor manera de llegar al diagnóstico es a través de la conversación amplia y cómoda con el enfermo, la relación dialógica entre el médico y el paciente supera a cualquier examen o intervención

diagnóstica; de hecho, según diferentes estudios se ha encontrado que con una buena anamnesis se puede establecer el diagnóstico en más del 60 % de los casos, incluso antes del examen físico y sin necesidad de exámenes complementarios. Los trabajos de Sandler en 1979, de Young y colaboradores en 1983 y de Rich y colaboradores en 1987, concluyeron que un interrogatorio acucioso es capaz de hacer el diagnóstico en el 56 al 62 % de los enfermos; el examen físico añade el 17 % y los exámenes complementarios son sólo necesarios en el 20 a 23 % restante de los casos. Es decir, que el interrogatorio tiene el primer lugar en jerarquía diagnóstica y estos resultados se corresponden con los criterios expresados ya en 1958 por el profesor Julius Bauer (11).

Gadamer encuentra que las preguntas de los diálogos tienen características comunes: la ignorancia implícita en el acto de preguntar permite hacer conciencia de la limitación del conocimiento y por ello mismo impulsa el deseo de conocer; las preguntas tienen una intención, no son neutras, tienen un sentido que orienta la respuesta; preguntar es más difícil que responder, se requiere desarrollar un análisis y saber qué es lo que no se sabe; la pregunta amplía el campo de referencia de análisis; cuando se pregunta se despliegan múltiples horizontes ante un problema dado y se da la posibilidad de generar nuevas preguntas y respuestas, se abre el diálogo; la pregunta genera un conflicto al oponer si o no; aunque abre el campo de respuestas, la pregunta conmina a tomar una posición en el que responde, ayuda a construir el camino de la búsqueda de la verdad; la pregunta es más un padecer que un hacer, el ser humano se enfrenta consigo mismo en el acto de vivir, las experiencias generan dificultades que cuestionan la conciencia y exige comprensiones que determinan preguntas; el arte de preguntar y buscar la verdad no es imponerse o vencer al otro, el diálogo tiene un sentido ético, la conversación se da valorando y respetando al otro y sus puntos de vista, lo importante no es quien tiene la razón, sino construir en compañía un camino que esclarezca el conocimiento; el diálogo busca que el otro

encuentre sus propias respuestas, se trata no de responder al otro sino de iluminar el camino hacia las propias verdades, ayudar a dar a luz (12).

Se reconoce en el medio académico que si el médico, luego de terminar el interrogatorio del paciente, no tiene una impresión diagnóstica establecida, será muy difícil que establezca un diagnóstico definitivo aun con el examen físico, además el número de exámenes complementarios que solicitará al paciente será mucho mayor, con mayores costos de atención y traumas para el paciente. De ahí que en la anamnesis esté la clave del diagnóstico. Una buena anamnesis y una adecuada interpretación por parte del médico de los síntomas relatados por el paciente orientan el examen físico y ayudan a determinar los exámenes paraclínicos pertinentes para alcanzar un diagnóstico definitivo. "De todos los auxiliares técnicos que aumentan la facultad de observación del médico, ninguno se acerca siquiera al valor del empleo hábil de la palabra hablada -las palabras del médico y las del paciente-. En medicina, el uso de la palabra sigue siendo la técnica diagnóstica principal" (13).

Desafortunadamente en la medicina actual y en la formación de los médicos en las escuelas de medicina se hace mayor énfasis en la formación en aspectos técnicos, de laboratorio y otras ayudas diagnósticas y en la formulación de fármacos que en la importancia de la historia clínica y el examen físico. Los médicos se preocupan más por la enfermedad que por el enfermo. Esto se refleja en la pobre relación médico-paciente de la que se quejan a diario los enfermos que acuden a los servicios de salud, actualmente se ha descuidado la comunicación real con el paciente y se ha priorizado la solicitud de exámenes complementarios. Es frecuente la queja siguiente: "el médico me preguntó dos cosas, a duras penas me miró y ni me oyó, me examinó en un minuto y me pidió "mil" exámenes y cuando traté de explicarle mis conceptos sobre la causa de mi enfermedad, me interrumpió diciéndome que quien sabía era él y no yo ". Esta situación ha llevado a un

desprestigio creciente de la medicina alopática y al auge de las medicinas homeopáticas, cuyos representantes sí les dedican tiempo, escuchan atentamente y tocan a sus pacientes.

En la relación médico-paciente, el médico tiene el dominio de la situación, sus conocimientos lo sitúan en una posición de poder sobre el enfermo y su formación (usualmente mayor que la del enfermo) lo obliga a manejar adecuadamente esta relación de poder en beneficio exclusivo de su paciente. Pero desafortunadamente el médico, obnubilado por su saber y su "poder", no siempre lo comprende así. En el dicho, mencionado antes, "yo soy el que sabe, usted no", se evidencia la prepotencia de muchos médicos, la altivez banal que quiere establecer explícitamente este poder, poniendo en un segundo plano los conocimientos, actitudes y prácticas del enfermo, demeritándolos e incluso ridiculizándolos. Evidentemente esta posición, lamentablemente muy frecuente, rompe cualquier posibilidad de comunicación efectiva, destruye la empatía e impide el entendimiento entre los dos. Lo único que se logra con ésto es que el paciente abandone el tratamiento sin conseguir el restablecimiento de la salud y busque otras alternativas terapéuticas. El maestro Mauricio Vélez Upegui dice: "La creencia de la identidad saber-poder elimina la posibilidad hermenéutica de que el otro también pueda tener la razón".

Actualmente estamos viviendo un creciente y preocupante aumento de las demandas médico-legales, una situación que es cada día más inquietante. Hace algunos años era muy raro oír de tal o cual médico demandado por su paciente. La visión de la medicina como un negocio, los intermediarios, los nuevos sistemas de salud y las formas de ejercer la profesión médica que exigen un rendimiento excesivo a los médicos y que reducen los tiempos de atención a sus pacientes, han propiciado esta situación; sin embargo, ésta no es excusa para brindar una atención inadecuada, impersonal, "productiva" y excesivamente rápida de los pacientes. Aun con tiempos menores de atención es posible establecer una relación adecuada con los enfermos. De hecho, en múltiples

estudios sobre demandas médicas se ha encontrado que el mayor número de ellas se produce en los casos en que la relación médico-paciente fue inadecuada, y se producen principalmente porque el médico no habló y explicó claramente al paciente todos los aspectos relacionados con su enfermedad y con el tratamiento. Es decir, las demandas legales se originan, la mayoría de las veces, por problemas de comunicación entre el médico y su paciente o los familiares de éste, en los casos en que no se logró una empatía adecuada entre los dos. Excepcionalmente se demanda a un médico que ha sido cordial, claro, transparente y que ha tratado a su paciente como a un igual, independientemente de que haya podido haber algún error médico o un desenlace fatal.

Carlos Fernández nos dice: "La simpatía que en el paciente pueda despertar la cordial figura del médico que tiene ante sí ha de repercutir, de alguna manera, en el curso del tratamiento médico. Simpatía que puede depender en muchos casos, de la afabilidad y buen trato que dispense el médico al paciente, de la atención que le dedique, de su paciencia para escucharle... Una relación cordial, serena, relativamente optimista, según el caso, ha de contribuir al buen entendimiento entre el paciente y el médico" (7).

Es en la historia clínica donde la tarea hermenéutica cobra vida y sentido, y como decíamos al principio, la entrevista del paciente es un complejo y difícil reto hermenéutico para el cual pocos médicos están completamente preparados, pues las escuelas médicas los preparan poco en este arte, quizás sea ésta la causa de que los médicos dediquen tan poco tiempo actualmente a esta actividad fundamental. Es más fácil formarse técnicamente que desarrollar destrezas dialógicas y de interpretación, es más cómodo solicitar exámenes que tratar de entender al paciente en su individual complejidad, es más fácil entender la enfermedad que comprender al enfermo. En otras palabras, para el médico es más fácil tratar de hacer un diagnóstico de la enfermedad que afecta a su paciente que tratar de comprender la significación que ésta tiene para él, tanto desde el punto de vista físico, como emocional, cultural y social.

En la elaboración de la historia clínica el médico debe detectar, además de los síntomas, las reacciones del paciente frente a éstos. Tanto del lenguaje verbal (el relato de sus síntomas y la forma de hacerlo), como del no-verbal (gestos, apariencia, posiciones, reacciones, etc) puede el médico inferir la actitud del paciente frente a su enfermedad y los rasgos sobresalientes de su personalidad. Por ejemplo: si se trata de un paciente ansioso es frecuente que exagere la severidad de sus síntomas, un paciente aprensivo, reservado o agresivo puede no dar la información completa y es papel del médico hacer preguntas dirigidas para aclarar lo no dicho, por su parte un paciente tranquilo y no-emotivo puede dar una imagen más clara de su enfermedad. Es raro que un paciente brinde una versión completamente objetiva y coherente de sus síntomas, el médico debe darle coherencia y sentido al relato, generalmente desordenado y emotivo, del enfermo. Y dar sentido es, de algún modo, intentar situarse en el horizonte referencial del otro.

Además del establecimiento de los síntomas y de la interpretación del significado que tienen para el paciente, el médico debe partir del desorden de la exposición del paciente, para tratar de restituir un orden cronológico a la evolución de estos síntomas. Luego de este ejercicio debe tratar de establecer asociaciones entre los diferentes signos y síntomas tratando de establecer diagnósticos sindromáticos, es decir, debe agrupar síntomas que indiquen la afección de un órgano o sistema específico.

La mayoría de las enfermedades se caracterizan por la asociación de diferentes síntomas (ej: la asociación de tos bitonal, estridor y disfonía indica compromiso laringo-traqueal o síndrome de croup); otras relaciones que hace el médico, basadas en la historia clínica, como la aparición en pocos días (aguda) asociada a cuadro gripal y fiebre pueden llevar a un diagnóstico específico e incluso a establecer la etiología del padecimiento: laringotraqueitis viral.

Este ejercicio diagnóstico es la muestra más evidente de la labor hermenéutica del médico en la

práctica clínica. "Los pacientes descubren y señalan sus síntomas, los clínicos los traducen a términos técnicos, los agrupan y analizan y establecen hipótesis acerca de las estructuras corporales y los procesos que con más probabilidad guarden relación causal. Los síntomas guían la dirección y la amplitud del examen físico y la investigación de laboratorio. El clínico utiliza datos de todas estas fuentes para establecer cuál es la enfermedad o trastorno que sufre el paciente y para iniciar el tratamiento adecuado" (14). En otras palabras, se configura el círculo hermenéutico; comprender el todo para entender las partes y viceversa.

Como citan los doctores Surós en su libro de semiología: "El juicio diagnóstico, como ha dicho Bumm, es la pesadilla del médico y al mismo tiempo el placer espiritual más fino que dentro de su profesión le es dado disfrutar. En todo diagnóstico exacto, añade Villar Castro, se concentra, como en un reflector, la luz de muchos siglos de investigación encaminada a iluminar el destino de un hombre y aligerarlo de la causa de sus males. "Qui bene diagnoscit, bene curat", afirmaba Leube" (15).

Luego de realizar una cuidadosa y completa historia clínica y establecer un diagnóstico probable (impresión diagnóstica), el médico debe proceder al segundo paso del proceso, un paso igualmente hermenéutico: el examen físico. Éste debe ser completo y sistemático y debe abarcar todos los sistemas corporales, pero deteniéndose en los sistemas que sospecha están afectados. Un buen interrogatorio permite al médico realizar un examen dirigido con mayor énfasis al órgano o sistema comprometido, sin descuidar, evidentemente, la exploración de todo el cuerpo.

El examen físico es la suma de procedimientos de exploración clínica que tienen como finalidad confirmar o descartar la impresión diagnóstica que surgió del análisis de los signos y síntomas del paciente, el médico debe observar, palpar y auscultar al enfermo (ver, tocar y oír), hacer un proceso de interpretación de estos hallazgos semiológicos y emitir un diagnóstico (juicio clínico).

En algunos casos, afortunadamente la menor parte, si se han seguido los pasos anteriores de manera concienzuda y profunda, debe solicitar ayudas paraclínicas para confirmar o descartar su diagnóstico.

Interpretación de imágenes diagnósticas

Las imágenes diagnósticas permiten obtener una representación bidimensional de un órgano o sistema que no puede ser evaluado bajo la visión directa del médico. En la interpretación radiológica hay otra clara labor hermenéutica; en ella la imagen es el elemento diagnóstico en la que se centra la atención del intérprete para, a partir de sus conocimientos, tratar de establecer los hallazgos anormales que detecta y emitir un juicio diagnóstico sobre ellos. La imagen se convierte en objeto de conocimiento y de análisis, y a su vez ella permite detectar y comprender lo que el médico había sospechado clínicamente.

La imagen obtenida del paciente requiere que el médico la reconstruya e interprete a la luz de sus conocimientos clínicos y radiológicos previos, a la luz de lo que Heidegger denomina su "pre-habere"; los conocimientos que tiene de antemano. El médico tiene conocimientos previos sobre la técnica radiológica que le permiten detectar artificios radiológicos y descartarlos como hallazgos no-patológicos, igualmente tiene conocimientos radiológicos y clínicos que le permiten detectar, clasificar e interpretar lesiones radiológicas e integrarlas a los hallazgos semiológicos para confirmar, refutar o hacer un nuevo diagnóstico. Además, el interprete está en capacidad, por su formación médica, de interpretar los hallazgos imaginológicos de acuerdo a las individualidades de cada paciente (con base en su historia clínica), es decir, es capaz de pasar de generalizaciones (características usuales de las imágenes diagnósticas anormales) a individualizarlas en cada caso (hallazgos clínicos de un paciente específico). Pero si el médico no tiene buenos conocimientos sobre los diferentes métodos imaginológicos y sus posibles hallazgos

(normales y anormales) nada podría hacer ante una imagen diagnóstica, la interpretación de ella sería pobre e incompleta, no detectaría lesiones importantes; o lo contrario: interpretaría variaciones anatómicas o hallazgos no significativos como hallazgos patológicos, por lo tanto la formación médica requiere tanto los conocimientos clínicos como los radiológicos.

El diagnóstico radiológico no es tan simple como creer que toda imagen o lesión radiológica va a ser correctamente diagnosticada. La interpretación radiológica tiene un alto grado de subjetividad. Lo que para un radiólogo es una lesión anormal, para otro es una variante anatómica normal. Como ejemplo de esto, en un pequeño estudio que realizamos hace algunos años en el Hospital Santa Clara de Bogotá, tratamos de medir estas diferencias de interpretación entre radiólogos, y les enviamos los Rayos X de tórax de un grupo de niños con diagnóstico de tuberculosis pulmonar confirmado por aislamiento del bacilo. La concordancia en el hallazgo de adenopatías hiliares mediastinales entre 3 radiólogos avezados fue menor del 40 %. Lo que para uno eran unas claras adenopatías, para otro era la arteria interlobar normal. Muchos otros estudios han demostrado la importancia del observador en la interpretación radiológica.

La labor de interpretación de imágenes radiológicas tiene 4 pasos (16):

1. Percepción visual - detección de posibles lesiones: Se trata de separar las imágenes anormales o patológicas de las imágenes normales. Quien capta la imagen es el ojo humano.
2. Integración psíquica - reconocimiento de los hallazgos: Es la relación entre la imagen captada y la generalización con imágenes almacenadas en la memoria del intérprete, es decir, con imágenes previas similares.
3. Análisis racional - comparación con la experiencia previa - contraste con la información clínica: Es en esta etapa donde se expresa plenamente la labor hermenéutica de

la interpretación radiológica: El radiólogo discrimina si la imagen corresponde a un patrón definido y de acuerdo a sus características esenciales, a los hallazgos clínicos, a otras pruebas de laboratorio y a estudios radiológicos previos del paciente, emite un diagnóstico.

4. Informe radiológico - Juicio diagnóstico

También en este texto, Pedrosa nos enumera las causas de error en la interpretación radiológica:

1. Autocomplacencia: El intérprete se contenta con un hallazgo sobresaliente, descuidando otros menores que pueden ser tan o más importantes.
2. Razonamiento erróneo: Los errores en la suma de los pasos del proceso (observación, analogía, análisis lógico, deducción, experiencia, la memoria y la imaginación) pueden llevar fácilmente a errores diagnósticos.
3. Falta de conocimientos: hay hallazgos que no significan nada para el intérprete por no conocerlos previamente.
4. Fallas de percepción: Constituyen los falsos negativos (el intérprete no ha visto una lesión determinada).

Termina el autor su análisis diciendo: "En conclusión, aunque la clínica sigue siendo la base del proceso diagnóstico, la enorme complejidad de las técnicas diagnósticas complementarias hace que para establecer el orden lógico de los estudios de imagen se necesite una cooperación muy estrecha entre el clínico y el radiólogo. Entre ellos deben discutir las características particulares de cada paciente para seleccionar la senda diagnóstica adecuada con los criterios de utilizar el menor número de estudios, los que sean menos invasores o entrañen menos riesgos para el paciente, los que tengan mayor eficacia diagnóstica y los que tengan un costo económico menor" (16).

Para poner punto final a este ensayo, se puede concluir que el ejercicio diagnóstico, basado en una buena historia clínica, un examen físico completo y

un uso racional de los exámenes paraclínicos e imágenes diagnósticas, es el acto médico más importante, es la máxima expresión de la unión de ciencia y arte de la profesión médica. La interpretación de los hallazgos brindados por estos tres actos es la clave para llegar a un diagnóstico exacto y por lo tanto para definir un tratamiento adecuado con miras a restablecer la salud del paciente. Es un arte eminentemente hermenéutico pues parte de lo oscuro y poco claro para llegar a la claridad del diagnóstico. Igualmente es la máxima expresión del círculo hermenéutico pues hace comprensible el todo partiendo de las partes y a la vez aclara las partes comprendiendo el todo.

La relación médico-paciente debe establecerse basada en la bondad, la tolerancia, la comprensión, el respeto y la aceptación de las diferencias del paciente. La medicina sin amor es una ciencia estéril.

"Saber medicina no es, sin más, ser médicos. Se puede saber mucho de las teorías médicas y dominar las habilidades que la profesión médica exige, sin tener verdadera vocación para sentirse comprometido y estimulado para actuar como médico"

Ramón Córdoba Palacio

REFERENCIAS

1. Gadamer HG. El estado oculto de la salud. Gediva Editorial. 1996. Pag 14.
2. Blacklow R. Estudio de los Síntomas En: "Signos y Síntomas". Interamericana. Sexta Edición. 1989. Págs. 1-16.
3. Grondin J. La prehistoria de la hermenéutica. En: "Introducción a la hermenéutica filosófica". Herder. 2002. Págs. 44-45.
4. Dilthey W. Dos escritos sobre hermenéutica: El surgimiento de la hermenéutica y los esbozos para una crítica de la razón histórica. Ediciones Istmo. 2000. Págs. 21 y 103.
5. Vélez LA. Cátedra CES. Conferencia magistral. 2008.
6. Córdoba R. El elemento ético religioso en la relación médico paciente. Pers. Bioet. Vol 11 .Nº 2. 2007. Pags 156-169
7. Fernández C. La relación jurídica del médico con el paciente. En: "Prolegómenos- Derechos y valores". Volumen X. Nº 20 – Julio-Diciembre 2007. Pags 89-115.
8. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Médicos, pacientes, sociedad. Código Internacional de Ética Médica. Asamblea Médica Mundial, Sydney, Australia, Agosto 1968 y la 35a. Venecia, Italia: Asamblea Médica Mundial; 1998. pag 11.
9. Fereira V, Lauzurica A, Prado L, Posada P. Retos éticos de la Radiología contemporánea. Justificación para un código de ética. Rev Méd. Electrón. 2008; 30(4). Disponible en URL: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202008/vol4%202008/tema17.htm>
10. Gadamer HG. Conceptos básicos del humanismo. En "Verdad y Método I". Ediciones Sígueme. 1977. Pag: 51 y 52.
11. Citado por Moreno M. En: El arte y la ciencia en la anamnesis. Ateneo. 2000. Vol1 Págs. 21-27.
12. Gadamer HG. "Verdad y Método I". Ediciones Sígueme. 2000.
13. Bird B. Talking with patients. JB Lippincott. 2ª Edición. 1973.
14. Bates B. Entrevista e historia clínica. En: "Propedéutica Médica". Editorial Interamericana. 5ª edición. 1992. Pags: 1-33.
15. Surós J, Surós A. Semiología médica y técnica exploratoria. Salvat. 7ª Edición. 1987. Pags 1-6.
16. Pedrosa C. La Imagen: conceptos básicos. En "Diagnóstico por imagen". Volumen I. McGraw-Hill. 2ª edición. 1999. pags: 21-51.