

## Capítulo 8 b

Un *diagnóstico* certero es imprescindible para instaurar un tratamiento correcto, de tal manera que *si no tenemos diagnóstico no tenemos nada*; esto lo sabe perfectamente el médico y, por ello, el hecho de no tener diagnóstico es la situación más incómoda a la que puede enfrentarse el facultativo. De ahí que, a veces, el médico pueda tener la tentación de “forzar” un diagnóstico antes que decirle al paciente << no sé qué tiene usted >>. En mi opinión, el diagnóstico de una enfermedad debe ajustarse a la misma como el zapato al pie; si forzamos el diagnóstico de una situación vital cualquiera, nos acabará molestando como un zapato que nos queda pequeño o demasiado grande.

La experiencia en Medicina es muy importante y no solamente por los conocimientos que aporta al médico, sino porque aumenta la confianza que le tienen sus pacientes y refuerza la suya propia; explicaré más detalladamente este punto. Cuando yo era un joven médico, lógicamente mi experiencia era mucho más limitada que en la actualidad y, como consecuencia, la confianza que inspiraba a mis pacientes y a mí mismo era menor. De ahí que, a veces, me resultaba muy difícil decirle al paciente la terrible frase << no sé qué tiene usted >>. En la actualidad, con 45 años de experiencia profesional, no tengo ninguna tentación de “forzar” un diagnóstico por tres motivos fundamentales:

1º.-Sé que hay una serie de enfermedades como, por ejemplo, las *hepatitis autoinmunes*, que a veces pueden ser de muy difícil diagnóstico, incluso para médicos con gran experiencia. O dicho de otra manera, el hecho de no tener un diagnóstico en un momento dado, no tiene por qué ser forzosamente responsabilidad del médico.

2º.-Si en un caso concreto no tengo el diagnóstico claro, el hecho de decirle al paciente << no sé qué tiene usted *todavía* >>, no supone un menoscabo de la confianza que los pacientes tienen depositada en mí, ni afecta a mi propia autoestima.

3º.-Puedo afirmar con rotundidad que un diagnóstico “forzado” es “pan para hoy y hambre para mañana”, como suele decirse en lenguaje popular.

En conclusión, aunque el hecho de no tener diagnóstico es frustrante tanto para el paciente como para el médico, es preferible hablarle al enfermo con claridad e insistirle en que aunque *todavía* no tenemos un diagnóstico, seguiremos investigando para llegar lo antes posible a conseguirlo. Aunque la duda es “incómoda”, es preferible ésta a una certeza “acomodatícia” o “tranquilizadora”. Es preferible quedarnos, de momento, con una *duda razonable* que con una “certeza” que no es tal.

En otras ocasiones, sabemos *lo que tiene* el enfermo (el *diagnóstico* de la enfermedad), pero desconocemos *por qué lo tiene* (la causa o etiología). Pongamos un ejemplo: el virus C de la hepatitis ha sido hasta la fecha la primera causa de hepatitis crónica, cirrosis y cáncer de hígado en España. Pues bien, este virus fue identificado en 1989 por Michael Houghton y sus colaboradores de la compañía Chiron Corporation (Emeryville, California). ¿Qué quiero decir con esto? Pues que antes de 1989 los médicos

visitábamos a una gran cantidad de enfermos hepáticos a los que podíamos diagnosticar de hepatitis crónica, cirrosis o cáncer de hígado, pero desconocíamos la causa de dichas enfermedades; es decir, sabíamos el diagnóstico, pero no podíamos establecer un *diagnóstico etiológico* (de la causa) y, por tanto, era imposible prescribir un *tratamiento etiológico* (dirigido a la causa). Afortunadamente, la hepatitis C es en la actualidad una enfermedad curable en la práctica totalidad de los casos y esperamos que dentro de muy pocos años esté erradicada en España.

Así como el diagnóstico constituye, según Laín Entralgo (2), el *momento cognoscitivo* de la relación médico-enfermo, el tratamiento constituye el *momento operativo*. Una vez que el médico ha recabado los conocimientos suficientes sobre el paciente y la enfermedad que padece y ha elaborado un *diagnóstico* preciso, éste ha de ordenarse hacia los actos propios del *tratamiento*: establecimiento de un régimen de vida y de alimentación, tratamiento farmacológico, fisioterápico, psicoterápico, quirúrgico, etc., según proceda.

Comentábamos anteriormente que algunos pacientes, generalmente mayores, prefieren una relación paternalista con su médico. Por parte de éste puede existir también un concepto paternalista de la relación médico-enfermo, en la que el médico prescribe un tratamiento sin necesidad de dar más explicaciones y el paciente acata sin rechistar la prescripción médica.

Si este tipo de relación paternalista fue posible en tiempos pasados, en la actualidad no puede concebirse. El paciente no puede ser un sujeto pasivo que deja todo en manos del facultativo; por el contrario, necesita colaborar activamente con el médico para conseguir el fin deseado: su propia curación. No obstante, el médico ha de respetar la *autonomía del paciente*, que es uno de los principios fundamentales en que se basa la ética biomédica y que tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del enfermo. Éste y no el médico, ha de tener siempre la última palabra para decidir acerca de lo que considera beneficioso o perjudicial para sí mismo, aunque dicha decisión no sea comprendida o compartida por el médico.

En España, el ***Principio de Autonomía del Paciente*** queda regulado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, de la que destacamos lo siguiente:

-Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el *previo consentimiento de los pacientes* o usuarios.

-El paciente o usuario tiene *derecho a decidir libremente*, después de *recibir la información adecuada*, entre las opciones clínicas disponibles.

-Todo paciente o usuario tiene *derecho a negarse al tratamiento*, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

-Los pacientes tienen *derecho a conocer*, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, *toda la información disponible* sobre la misma, salvando los supuestos

exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene *derecho a que se respete su voluntad de no ser informada*.

-La *información clínica* forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será *verdadera*, se comunicará al paciente de forma *comprensible y adecuada a sus necesidades* y le *ayudará a tomar decisiones* de acuerdo con su propia y libre voluntad.

En resumen, podemos concluir lo siguiente:

-El paciente tiene derecho a recibir por parte del personal sanitario una información veraz, comprensible y adecuada a sus necesidades, a fin de que pueda tomar libremente una serie de decisiones acerca de su propia salud, aunque dichas decisiones no sean comprendidas o compartidas por el médico. Pero también el paciente tiene derecho a no ser informado si así lo decide él mismo; en este caso, al carecer de la información necesaria, no podrá tomar decisiones adecuadas.

-Una vez informado, el paciente puede optar por la opción clínica disponible que le parezca más adecuada para sí mismo; así se lo hará saber al médico, al cual manifestará su consentimiento para que pueda implementar las medidas diagnósticas o terapéuticas necesarias.