

El diagnóstico clínico: más y más información vs mejor análisis

•DARÍO PATIÑO GUTIÉRREZ.

Médico Internista Integral.Docente Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Tecnológica de Pereira.

Introducción

El observar con inusitada frecuencia, un notable desfase entre cuadros clínicos y pruebas de laboratorio, en situaciones más bien simples de definir, me ha motivado a adentrarme en un concienzudo análisis de sus raíces y sugerencias para mejorarlo.

Elementos usuales en el diagnóstico clínico

El proceso de lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados en medicina clínica, está basado en la obtención de información, de dos fuentes básicas a saber: historia clínica y ayudas paraclínicas. Ambas fuentes deben analizarse dentro de un mismo contexto. A pesar de esto, es muy frecuente que estas dos piezas de información no se interrelacionen, lo cual disminuye su utilidad diagnóstica.

En unas oportunidades encontramos carencia de pruebas indispensables, debido a limitaciones impuestas por el marco legal vigente. Esto genera consecuencias indeseables, como diagnósticos errados, reconocimiento tardío de enfermedades, para entonces agravadas, si no insolubles.

Otras veces vemos una abundancia de pruebas que ni siquiera se han interpretado, como si nadie las hubiera solicitado. Y muchas veces las pruebas solicitadas tienen una utilidad limitada frente al problema en cuestión, ya sea por pobres atributos de sensibilidad y/o especificidad para la enfermedad bajo estudio, o por el momento clínico que atraviesa en ese momento el caso que nos interesa.

Puede ocurrir que en el momento de llevar a cabo nuestro análisis, el cuadro clínico sea muy incipiente, y carezca de los mínimos elementos para aventurar una hipótesis diagnóstica. Debemos ceder a la tentación de solicitar un número de pruebas de diagnóstico sin sentido y en su lugar observar la evolución del caso, siempre y cuando no se ponga en riesgo la propia vida del paciente.

A mayor número de pruebas solicitadas, mayor probabilidad de resultados anormales; lo cual no significa que siempre exista enfermedad en tales circunstancias. Recordemos que los límites de normalidad fijados para las pruebas cubren a un 95% de los casos. Entonces, hay un 5% de pruebas anormales, en persona sanas.

Nuestros modos de pensar

Revisemos brevemente, nuestro **modo de aprender**. Está basado en observación, reglas, tanteos, y ensayo y error, siguiendo la corriente positivista. Y esto determina con frecuencia un excesivo apego a reglas, descartando cualquier cosa que se ubique por fuera de ellas.

La **heurística** es una manera de asumir el conocimiento de un modo menos complejo, reduciendo la información a un nivel manejable. Tres tipos principales de heurística son utilizados: de representatividad, de disponibilidad, y de anclaje. Todos ellos comparan la información clínica de nuestros pacientes con experiencias conocidas o vividas antes, y que forman un colectivo que reposa en nuestra mente. Funcionamos entonces con los esquemas mentales que tenemos acerca de las enfermedades, y contra estos comparamos los cuadros de nuestros pacientes.

Podemos aguzar nuestro sentido clínico?

La documentación clínica se puede mejorar con diversas estrategias no convencionales, que atenúan la excesiva ortodoxia de nuestros enfoques. Una ayuda valiosa la aporta Eduard De Bonno, con su escuela de pensamiento lateral, que nos invita a ver las cosas de un modo diferente, abierto, donde tienen cabida otras opiniones, en oposición al tradicional pensamiento adversario, encaminado a demostrar el error del otro. Lo sintetiza en una elocuente expresión: “**no se hace un hueco cavando más profundo en el mismo sitio, si no cambiando de sitio**”. Como quien dice, hay que escuchar otras propuestas, hay que aprender a pensar en paralelo, otras personas pueden ayudarnos a descubrir la verdad por caminos

diferentes. Tenemos así la pluralidad de opiniones, vivencias e intuiciones. Esto implica un pensamiento aventurero y audaz, pero responsable. Es una invitación a pensar por fuera de los rígidos **algoritmos**, que sólo amarran la verdad a condicionantes cerrados, preestablecidos, como si nada por fuera de ellos tuviera validez; es una suerte de **caja negra** que pretende encerrar toda la verdad. En realidad han sido diseñados como guías para resolver problemas, en parte por demandas sociales. Pero carecen de flexibilidad. Entonces, no deben ser utilizados como ‘**recetas de cocina**’.

En palabras de Victor Mckusick el notable genetista, primer director del proyecto genoma humano: “La medicina clínica sería un juego de niños, si el cuadro clínico resultante de un determinado agente, fuera siempre el mismo. Aprender medicina clínica es, en gran parte aprender a manejar la variabilidad en la expresión clínica”.

Una posición diametralmente opuesta tampoco es adecuada, como lo es una excesiva relajación, sin nada de esquemas, sin ninguna organización de la información a ser analizada, llegando inclusive a no poder ni siquiera construir una historia clínica decente.

Acerca de las pruebas auxiliares

Las ayudas diagnósticas son útiles en la medida de su pertinencia. Su adecuado manejo como piezas vitales de información, está siempre supeditado al cuadro clínico. Estamos frente a atributos como **sensibilidad, especificidad y valor predictivo**.

La sensibilidad varía según el espectro de la enfermedad. Por lo tanto, una misma prueba tiene una utilidad diferente según la gravedad del cuadro clínico, el cual cambia en función del tiempo de evolución. Es así como la creatinkinasa MB para un síndrome coronario agudo, tiene un alto valor predictivo, si se realiza después de tres horas del inicio de la enfermedad. Antes puede dar un valor normal “falso”.

La prevalencia y la sensibilidad también afectan el **valor predictivo** (VP): este es la probabilidad de que exista la enfermedad si el resultado de la prueba es anormal. Por ejemplo en la enfermedad coronaria de un vaso el VP de la prueba de esfuerzo es 30%. Si hay dos vasos afectados es del 80%.

Más ejemplos: ante un cuadro clínico altamente probable de lupus eritematoso grave, los anticuerpos antinucleares negativos no cambiarían nuestra decisión de iniciar un inmediato tratamiento, dada la posibilidad de un falso negativo, y el peligro que corre la vida del paciente, de no hacerlo así.

Según **Handy**, en la utilización de las medidas, a menudo incurrimos en las siguientes **falacias**. El primer paso es medir todo lo que se deje medir. Si el resultado se ajusta a lo que tenemos en mente, nada objetamos, y nos resulta cómodo aceptarlo rotundamente. El segundo paso, descartar lo que no es fácil medir o darle un valor arbitrario. Esto es **artificial y engañoso**. El tercer paso es presumir que lo que no puede medirse fácilmente carece de importancia. A esto se le llama **ceguera**. El paso final: lo que no es fácilmente medible, realmente no existe. Esto es **suicidio**. Estos son juicios que dejan mal librados nuestros rígidos esquemas de pensamiento.

Podría expresarse al sencillo y genial modo de Einstein: “No todo lo que se puede contar, cuenta. Y no todo lo que cuenta se puede contar”. Sabemos que el oxido nítrico cuenta mucho en enfermedades cardiovasculares, quisiéramos cuantificarlo por toda la información que nos daría sobre la fisiología de la persona en cualquier momento. Pero no es posible medirlo, por ejemplo. Hay otros productos fácilmente medibles que no aportan información útil para un diagnóstico determinado, por su vaguedad o imprecisión, por ejemplo el título ASTO.

El exceso de información puede cegarnos. Como dice T. S. Elliot: “Dónde está la sabiduría que hemos perdido en el conocimiento?”, y “Dónde está el conocimiento que hemos perdido en la información?”. Y es que en la información que tenemos, sólo vemos lo que buscamos, así haya

otras cosas más importantes, que quizá no veamos por estar fuera de nuestra mente.

Algunos ejemplos concretos

Los siguientes casos ilustran bien algunas fallas en estos procedimientos: una señora de 84 años tiene una larga historia de 8 laparotomías en blanco por abdomen agudo, en un lapso de 10 años. Al observar sus cuadros hemáticos seriados ante un nuevo episodio de dolor abdominal, se ve el ascenso continuo en las cifras de Hb y Hto, de 16 a 23 gr%, sin enfermedad pulmonar alguna, en un lapso de varios años. La causa de su problema no resuelto, es entonces una policitemia rubra vera, manifestada como Síndrome de hiperviscosidad. En este caso lo único que querían ver los colegas era tal vez, si existían **anemia** y **leucocitosis**, por lo que no le dieron valor alguno a la hemoglobina en ascenso.

Varios pacientes examinados en un período de tiempo corto, tenían en común **arañas vasculares**, uno con estado confusional, otro con pancitopenia, otro con ligera esplenomegalia y anemia. Ninguno tenía diagnóstico de **cirrosis**. Sin embargo, los dos últimos fueron sometidos a médula ósea, procedimiento doloroso e innecesario si se hubiera hecho un buen análisis con los datos que expuse. Parece que la piel pertenece sólo a los dermatólogos.

Un modo de análisis clínico muy útil, es a través de hallazgos **poco frecuentes** en una determinada enfermedad, pero que resultan muy privativos de ella. Aunque infrecuente, el dato resulta específico: Un paciente tuvo trombos arteriales recurrentes, en sistema nervioso y extremidades; a pesar de ser hipertenso se tornó hipotenso y hubo necesidad de suspender el antihipertensivo. Aunque no estaba febril, ni anémico, ni tenía soplos, la aparición de dedos hipocráticos en pocas semanas, sugirió el diagnóstico de endocarditis bacteriana. Se comprobó con ecocardiograma transesofágico.

Es necesario aceptar que la adquisición de conocimientos es un proceso lento. Lo que es muy rápido es la adquisición de información: un acontecimiento no calificado que puede intoxicarnos. Es apenas un montón de datos, que comienzan a tener sentido cuando **activamos** los

conocimientos previos, para ‘pegar’ allí la nueva información. Este nuevo conocimiento cuaja en la medida que adquiere sentido en la solución de problemas, hasta volvernos **sabios** o al menos expertos, como lo advierte Elliot.

La ayuda de otras opiniones puede facilitar nuestro trabajo y acercarnos a un enfoque menos erróneo. No hay un solo tipo de inteligencia. Ellas son múltiples. Son complejas las posibilidades de análisis de cualquier problema. Por simple que parezca, hay tantos modos de pensar, que surgen soluciones inesperadas. Son tan diversas las habilidades de la gente para percibir la realidad, que opiniones juiciosas pueden ser un aporte valioso, aunque no conozcamos la manera exacta como la gente la obtiene. Los grados de intuición, para señalar algo familiar, varían mucho entre las personas.

Casi nunca estaremos tan ciertos de un diagnóstico como para que no tenga cabida alguna opinión ajena. Como dice Michael Grinder:

“Si el cerebro humano fuera tan simple que pudiéramos comprenderlo, nosotros seríamos tan simples que no podríamos comprenderlo ”

El célebre poeta español de comienzos del siglo XX, Antonio Machado, nos dejó algo para no olvidar: “Tu verdad? No. La verdad. Ven conmigo a buscarla. La tuya guárdatela.”

Algunas bases del problema

1. Una medicina practicada a la ultradefensiva.
2. Una mutua desconfianza con las entidades contratantes.
3. Un escaso sentido de pertenencia.
4. Una crítica escasez de tiempo para al acto médico.
5. Un apego genuino a formas de aprendizaje caducas.
6. Un temor a exponer nuestra forma de pensar ante otros.

Sugerencias para mejorar

1. Actitud más humilde, menos arrogante.
2. Refinamiento de nuestro aprendizaje.
3. Aprendizaje efectivo y afectivo.
4. Mejor comunicación a través de relaciones más empáticas, con el fin de construir conocimiento más duradero, y de mayor utilidad social.
5. Paciencia para examinar una y otra vez, con la ventaja de ver lo que antes no vimos y aprender por experiencia.
6. Aceptar que cualquiera, por más humilde e insignificante que nos parezca, puede tener la verdad que tanto necesitamos.

Otro grande laureado Nóbel, en el campo de las ciencia básicas, Hans Krebs, nos invita a reflexionar acerca de nuestra propia ignorancia: “Es la humildad, quizá el elemento de actitud, más importante, pues permite la autocrítica y un esfuerzo continuo para aprender y mejorar”.

Bibliografía

.....

1. De Bonno Eduard. Lateral thinking. London 1990
2. Harrisson. Principles of Internal Medicine
3. Mc Mullen .Cognitive Intelligence. BMJ. 2002
4. Riegelman Richard K. Studying a study and testing a test. 1999.