

DIAGNÓSTICO I I: EL EXÁMEN CLÍNICO

Juan Pablo Chalco Orrego *

Continuando con la segunda entrega, nos dedicaremos a analizar quizás la parte más crucial de proceso clínico, ya que de ella dependerá nuestro diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

No pretenderemos revisar cómo hacer un examen físico, sólo puntualizaremos en tres temas básicos pero poco explorados: el poder de la observación clínica, la magnitud (y causas) de los errores e inconsistencias del examen clínico (y las maneras de minimizar estos), y realizar un examen clínico potencialmente completo(1).

EL PODER DE LA OBSERVACIÓN CLÍNICA:

El examen clínico es, de lejos, más poderoso que los análisis de laboratorio para establecer el diagnóstico, el pronóstico y el plan terapéutico para la mayoría de los pacientes y situaciones, aunque esta valoración podría cambiar en los próximos años con el avance de la tecnología (2), y el progreso de la genética y la medicina molecular (3).

Sin embargo nunca deberemos olvidar que el tiempo que nos tomamos en un ambiente de exámenes es más útil que el tiempo empleado en llenar los pedidos de los exámenes auxiliares. Está comprobado que muchos hallazgos clínicos son más precisos en determinar el diagnóstico y pronóstico de algunas enfermedades que incluso algunos sistemas de clasificación anatomopatológicos o radiológicos.

No obstante, tenemos que precisar que no todos los signos clínicos que nos han enseñado son confiables, y que en nuestro examen físico deberíamos adoptar sólo algunos debidamente sistematizados. Tarea de selección últimamente en boga, liderada por D. Sacket, F. McAlister y S. Strauss con un estudio colaborativo a nivel mundial (cuya pagina web es, para quienes estén interesados en sus resultados o para quienes quisieran participar en parte de algún estudio, <http://www.carestudy.com/>)

EL DESACUERDO CLÍNICO

Entendemos por desacuerdo clínico a la falta de concordancia en un hallazgo clínico (informado como "normal" o "patológico") entre médicos o incluso con uno mismo (diferencia interobservador e intraobservador respectivamente). Este hecho es ampliamente conocido en las distintas fases del proceso clínico y nos lleva a otro punto interesante del quehacer clínico: el error medico, ciertamente, al haber desacuerdo, uno de los puntos de vista debe estar errado. ¿Cuan probable es que un médico se equivoque? (4). La respuesta vendrá solamente cuando nos evaluemos individual o colectivamente para aprender de nuestros errores (5).

*Pediatra
Ex residente U.N.M.S.M ISN

1) Desacuerdo en la historia clínica: si dos cirujanos entrevistaran independientemente a un mismo grupo de pacientes acerca del

resultado que tendría que asumir una conclusión como ésta en el pronóstico del paciente, como por ejemplo en un cardiópata.

2) Desacuerdo en los hallazgos físicos: este es quizás el desacuerdo más frecuente incluso con uno mismo, y del cuál no está exento ni el más experto de los maestros. Ello nos lleva a suponer que los más noveles están en desacuerdo consigo mismos demasiadas veces.

3) Desacuerdo en la interpretación de exámenes auxiliares: como en todo quehacer humano, también existen desacuerdos en la interpretación de los resultados de Rayos X, EEG etc. Aquí debemos hacer algunas precisiones sobre lo que es consistencia, certeza y tendencia o prejuicio. Consistencia es el grado en el cual múltiples exámenes simultáneos (clínicos o de laboratorio) del mismo paciente concuerdan entre sí (como cuando de estudiantes nos turnábamos para palpar el hígado de un paciente y cada uno daba su veredicto en secreto y luego lo comparábamos).

Es obvio que uno de nuestros objetivos sería buscar aquellos signos con mayor grado de consistencia y la manera de mejorarlos, es decir estandarizarlos si es posible. Sin embargo, como ya se habrá descubierto, un alto grado de consistencia puede disminuir el grado de certeza (como un alto grado de sensibilidad disminuye la especificidad) y esto se puede comprobar convenciendo a estudiantes de escuchar un cuarto ruido cardiaco aún en pacientes con Fibrilación auricular (donde es imposible un S4). Certeza es la cercanía al verdadero estado clínico y prejuicio o tendencia es cualquier desviación sistemática del verdadero estado clínico.

4) Desacuerdo en el diagnóstico y terapéutica: es este momento cuando el desacuerdo clínico se vuelve más alarmante pues, como un camino que se bifurca, es poco probable que ambos conduzcan al mismo destino que es el éxito del manejo.

5) Desacuerdo en la calidad del cuidado médico: muy en boga con la estrategia de calidad de la atención en la que, al haberse incrementado la complejidad del cuidado del paciente, se establece la necesidad de indicadores que verifiquen la pericia del médico, propiciando la evaluación fría de sus habilidades y sus posibilidades de error.

ETIOLOGÍA DEL DESACUERDO CLÍNICO

1) El Examinador:

a. Variación biológica de los sentidos: incluidos la edad (presbicia) y el cansancio (post guardia).

b. Tendencia a registrar conclusiones más que hallazgos: como cuando escribimos hepatomegalia en vez del tamaño o span hepático.

c. Entrampamiento debidos a esquemas de clasificación: algunos tienen definiciones arbitrarias de lo normal o lo patológico y otros dependen de la especialidad, como la definición bioquímica de infarto versus la electrocardiográfica.

d. Entrampamiento por expectativas previas: como cuando al monitorizar una frecuencia fetal de 120/min. "tendemos" a registrarlo como "normal" (130 a 150/min.), es decir, en el fondo "esperamos" que su frecuencia sea normal debido a las implicancias que pueda tener si no lo fuera.

e. Simple incompetencia

2) El Examinado:

a. Variación biológica de los sistemas examinados: la presión arterial, el pulso, etc.

b. Efecto de la enfermedad o de medicaciones: esto con respecto a la habilidad de responder al examen o el efecto de alguna medicación, como por ejemplo, como lo que se creía de los analgésicos y el abdomen agudo, actualmente en controversia (6)

c. Memoria

3) El Examen:

a. Ambiente inadecuado para el examen: luz, temperatura, privacidad, etc. Como el trabajo de Gorelick con el llenado capilar y su variación con el cambio de temperatura (7).

b. Interacción inadecuada entre examinador y examinado.

c. Función incorrecta de herramientas diagnosticas: Como la diferencia entre un manómetro anerode y uno de mercurio, amén del estado de estos.

¿CÓMO EVITAR EL DESACUERDO CLÍNICO Y APRENDER DE NUESTROS ERRORES?

1) Elegir el lugar más apropiado para el examen.

- B. Corrobore hallazgos importantes con documentos o testigos (anamnesis).
- c. Confirme los hallazgos con pruebas adecuadas.
- d. Pida a colegas "ciegos" (que no estén influenciados por datos de la anamnesis) para que examinen a su paciente.
- 3) Consigne la evidencia así como su conclusión en la historia clínica.
- 4) Use ayudas técnicas apropiadas.
- 5) Aplique en sus pacientes las ciencias sociales, tanto como las biológicas y medicas.

HABILIDADES REQUERIDAS PARA OBTENER UNA CERTERA Y ÚTIL HISTORIA CLÍNICA; HABILIDAD PARA:

1. Establecer un entendimiento mutuo.
2. Establecer información adecuada.
3. Entrevistar lógicamente.
4. Escuchar.
5. Interrumpir.
6. Observar datos no verbales.
7. Establecer una buena relación.
8. Interpretar la entrevista. F

*Enviar comentarios a woodyb@medmail.com

TIRO DE GRACIA:

"Además de enseñar, enseñar a dudar de lo que has enseñado" Ortega y Gasset. Filósofo. España.

REFERENCIA

1. Sacket DL, Haynes RB, Guyat GH. Clinical Epidemiology: a basic science for Clinical Medicine. Little Brown:1991
2. Sonderegger-Isseli K, Burger S. Diagnostic errors in three medical eras: a necropsy study. Lancet 2000; 355:2027-31
3. Bradbury J. Proteomics: the next step after genomics? Lancet 2000; 356: 50
4. Eyspasch E, Lefering R. Probability of adverse events that have not yet occurred. BMJ 1995;311:619-20
5. Berwick M, Leape L. Reducing errors in medicine. Its time to take this more seriously. BMJ 1999; 318; 136-7
6. Brewster G S. Medical Myth. Analgesia should not given to patients with acute abdomen because its obscures the diagnosis. Wes J Med 2000; 172: 209-10
7. Gorelick MH et al. Effect of ambient temperature on capillary refill in healthy children. Peds 1993; 92; 699-