

DIAGNÓSTICO I: ESTRATEGIAS CLÍNICAS

Juan Pablo Chalco Orrego *

Esta es la primera de una serie de entregas de revisiones breves acerca de la llamada ciencia base de la Medicina Basada en Evidencias (MBE), que en realidad no viene a ser mas que una aproximación al quehacer cotidiano del medico clínico, pero que ha servido para un sinfín de objetivos, como la autoevaluación, la educación continua, la evaluación de la efectividad de las estrategias y la evaluación de los costos de la atención.

Basada principalmente, pero no exclusivamente en el libro de David L. Sacket Clinical Epidemiology: A Basic Science for Clinical Medicine (1), el cual fue dirigido a médicos internistas, estos artículos trataran de orientarlos en los principios en que se funda esta disciplina. Estas entregas consistirán en tres grandes temas. A) El diagnóstico, caracterizado por las estrategias diagnósticas, el examen clínico, la selección e interpretación de las pruebas diagnósticas y el diagnóstico temprano. B) El manejo, con el desarrollo pronóstico, la decisión terapéutica, la ayuda para el cumplimiento terapéutico y la evaluación del tratamiento. C) La puesta al día, con la apreciación crítica de la literatura médica y la autoapreciación de nuestro rendimiento

El proceso clínico es básicamente el estudio del paciente, lo cual requiere de arte, para el cuidado del paciente en toda su dimensión humana (en nuestro caso los niños), y de ciencia para la verificación de la presencia o la ausencia de enfermedad (lo que se llama el proceso diagnóstico). Obviamente la ciencia se basa en conocimientos lógicos, experiencias previas las cuales se pueden explicar y enseñar. El arte de este proceso se basa en creencias, juicios e intuiciones que en su mayoría son difíciles de explicar y mucho menos enseñar. Es en este punto que la Epidemiología y la Bioestadística hacen que esta parte del arte se vuelva un poco más racional, es decir, le pone mas ciencia al arte medico. Esto no significa que perdamos la posibilidad de individualizar al paciente, pues se tiene la idea errónea que se manejan datos estadísticos derivados de poblaciones, cuando justamente se trata de partir de esos datos para aproximarnos a las necesidades individuales de nuestro paciente.

El proceso clínico tiene tres fases: la primera consiste en la recolección de datos y exámenes en forma sistemática; la segunda en el análisis, síntesis, diagnóstico y pronóstico y la tercera que es el desarrollo de un plan de tratamiento, manejo y comunicación con el paciente o sus familiares. Como vere-

mos mas adelante estas tres fases no son necesariamente secuenciales, es más, se entrecruzan durante este proceso.

El proceso diagnóstico consiste en una combinación de actividades intelectuales y ciertamente manipuladoras, por el cual la enfermedad es identificada y los enfermos son evaluados. Se entiende como manifestación de enfermedad un síntoma, signo o dato de laboratorio del proceso patológico. Cuando estamos envueltos en este proceso nos convertimos en jueces (¿Qué evidencia es admisible?) y jurado (¿Qué credibilidad o valor debo dar a esta evidencia?).

ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS:

Para ayudar a un paciente a encontrar alivio, es necesario identificar que el proceso patológico tiene tres elementos: a) La enfermedad, que no es otra cosa que el desarreglo anatómico, bioquímico, fisiológico o psicológico cuya etiología, presentación y manejo leemos en los libros de texto. Para nuestro efecto lo llamaremos el desorden blanco. b) El enfermo, que es el resultado de tener el desorden blanco. Los pacientes exhiben signos y síntomas que el clínico puede encontrar. c) El problema, ya sea social, económico o psicológico del ambiente en que esté inmerso el paciente. Para sumarizar, el diagnóstico se realiza enfocando el segundo elemento (paciente) para determinar el primero (desorden blanco) sin dejar de contemplar el tercero (el problema). «Es un esfuerzo para reconocer la clase o grupo a donde pertenece la enfermedad de nuestro paciente, basado en nuestra propia experiencia con esa clase, y los actos clínicos consecuentes para su manejo que se espera el paciente siga para maximizar su salud». En nuestra formación nos han inculcado primero en pensar en el desorden blanco y luego el paciente (en los libros de texto aparece Hepatitis B mas que ictericia) exactamente lo opuesto al proceso diagnóstico.

ESTRATEGIA # 1: Patrón de reconocimiento:
En esta estrategia se resume la actitud de con solo una impresión evocar una posibilidad diagnóstica (como cuando vemos una varicela y no nos queda duda del diagnóstico, ¿qué mas puede ser?). Esta primera impresión generalmente es visual, algunas basadas en el tacto (examen físico), en el oído y menos frecuentemente en el olor y sabor. Como veremos mas adelante, esta estrategia diagnóstica deber ser el inicio de nuestro razonamiento clínico, no el fin y no debe ser única sino múltiple.

* Médico Residente de Pediatría UNMSM ISN.

ESTRATEGIA # 2: Arborización o Algoritmo:

Se basa en decisiones ligadas a la respuesta de preguntas generalmente dicotómicas (sí o no) de características clínicas (signos y síntomas, ¿dificultad respiratoria?) o de laboratorio (hematocrito menor de 30) para acercarnos al diagnóstico o manejo del paciente. Generalmente usado para simplificar el manejo para personal no relacionado al razonamiento clínico (personal técnico de salud) en donde ha sido de gran utilidad.

ESTRATEGIA # 3: Exhaustividad: "Hacer una historia y examen clínico completo", fue la consigna durante muchos años de los antiguos semiólogos que independientemente de la enfermedad seguían un esquema imperturbable de la historia clínica. Esta estrategia consiste en dos fases, la primera, recolectar la mayor cantidad de información posible sobre la enfermedad (hasta la mas alejada) y luego cuando esta es completa se procede a buscar el diagnóstico dentro de este banco de datos. Es el método mas empleado por los médicos jóvenes y los estudiantes de medicina, y por ende se suele abandonar cuando se gana cierta experiencia. Con fines académicos se debe enseñar esta estrategia en las escuelas de medicina y luego que esta es dominada en toda su extensión se debe enseñar a no hacerlo en su practica clínica aunque suene paradójico. Esta estrategia tiene su contraparte de laboratorio con los llamados exámenes "rutinarios" que no aportan mejor pronóstico y solo aumentan el costo de la atención.

ESTRATEGIA # 4: Hipotética-deductiva: Esta es utilizada virtualmente por todos los clínicos todo el tiempo, es simplemente la formulación temprana de una corta lista de posibilidades diagnósticas a medida que se va recolectando los datos del paciente seguida de un examen clínico y auxiliar dirigido a confirmar o desechar los diagnósticos de la lista. Para llegar a este fin uno debe, entre otras cosas, poder seleccionar hallazgos clínicos y paraclínicos para acortar la lista de probabilidades.

En suma, el proceso diagnóstico es uno o la combinación de estas estrategias que al final nos llevan al diagnóstico pero enfatizando cual (o combinación de cuales) es el mejor proceso desde el punto de vista más racional.

REFERENCIAS

1. Sacket DL, Haynes RB, Guyat GH. Clinical Epidemiology: a basic science for Clinical Medicine. Little Brown:1991.
2. D.L. Sacket DL, Richardson WS, Rosenberg W. Evidence Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. Churchill Livingstone: 1997.
3. Delp MH, Manning RT. Major's Physical Diagnosis: an introduction to the Clinical Process. Saunders: 1981.
4. Sadetzky S, Modan B. Epidemiology as a basis for legislation: How far should Epidemiology go?. Lancet 1999; 353: 2238-39 .
5. Mould R. Introductory Medical Statics. Publishing Bristol & Philadelphia:1998

*Enviar comentarios a woodyb@medmail.com

TIRO DE GRACIA:

"LA EXPERIENCIA PUEDE SER DEFINIDA COMO LA HABILIDAD DE COMETER LOS MISMOS ERRORES PERO CON MAYOR GRADO DE CONFIANZA" Dr. B.W.Webb Peditra Consultor. Reino Unido

NO SALTE A CONCLUSIONES

Del número de 1996 de International Journal of Radiation Oncology Biology & Physics(34 745-747, Dr. M.S. Anscher, quien escribe una editorial en terapia adyuvante para Cáncer de próstata estadio C y PSA) se extrae el siguiente experimento. "Guardado por el científico que obtuvo un premio por estudiar cuánto una pierna contribuye a la habilidad de la rana para saltar. Después de decir a su rana que salte, él notó que su rana con cuatro piernas saltó 4 pies, con tres piernas saltó tres pies, con dos piernas saltó dos pies y con una pierna un pie de distancia. Finalmente, removió la ultima pierna. No importó cuanto gritó, la pobre rana no se movió. Con estos datos el científico concluyó que una rana sin piernas no puede oír.