

Algunos aforismos contradictorios en medicina: epítomes de la naturaleza interpretativa de la clínica.

Resumen: Los aforismos son procedimientos utilizados en medicina clínica para expresar y amortiguar las tensiones entre ciencia e interpretación inherentes al juicio clínico. Este artículo expone algunos aforismos contrapuestos que se invocan para justificar decisiones opuestas en momentos claves del razonamiento clínico.

Some contradictory aphorisms in medicine: epitomes of the interpretive nature of medicine

Abstract: The aphorisms are procedures used in clinical medicine to express and cushion the tensions between science and interpretation, inherent in clinical judgment. This article exposes some opposing aphorisms that are invoked to justify opposing decisions at key moments of clinical reasoning.



La medicina clínica comparte tanto su predicamento epistemológico como sus metodologías racionales con diferentes materias humanísticas como la sociología, antropología, economía, historia, etc. Todas estas 'ciencias humanas' carecen de la certidumbre que proporciona la metodología científica inherente a las ciencias físicas y naturales y usan una metodología de tipo hermenéutico o interpretativo (atendiendo a los significados). Sin embargo la medicina no reconoce plenamente este carácter interpretativo que se pone de manifiesto en el tipo de reglas intermedias que utiliza para alcanzar sus conclusiones, y a pesar de las tensiones inherentes a su razonamiento práctico o clínico, pretende estar imbuida de 'racionalidad técnica'. En otro artículo publicado en este número de *Doctutor*, destacábamos siguiendo a K Montgomery (1) los ingeniosos procedimientos utilizados en medicina clínica para expresar y amortiguar estas tensiones, entre los que se encuentra sobre todo el uso de máximas y aforismos equilibrados y contrapuestos pero suficientemente sensatos. El valor de estas máximas contradictorias se basa precisamente en la naturaleza interpretativa del Razonamiento Clínico (RC) y en el hecho de que el trabajo diario del médico se focaliza siempre en un paciente concreto en un momento concreto. Estas máximas operan en la realidad de la atención a pacientes y en la educación de los médicos precisamente por su carácter contradictorio. Las enfermedades no son diagnosticadas y tratadas en tubos de ensayo si no en personas, donde evolucionan de forma diferente con el tiempo. Tanto las enfermedades como los pacientes se comprenden mejor cuando se ven en el contexto de 'historias'. Estas explicaciones narrativas (es decir la historia natural de los signos y los síntomas, la historia del paciente y su dolencia actual, la historia social, y familiar de la enfermedad) deben agruparse y ser interpretadas para crear el 'caso médico' que explica el episodio de enfermedad. Aforismos y máximas, aunque agudos y rotundos no son sin embargo de aplicación generalizada o universal. Son los representantes de la 'sabiduría situacional' que surge en circunstancias particulares. La clave de su valor descansa en las circunstancias de su utilización, y dentro de un caso único, del momento.

Una máxima es siempre caso-dependiente. Es contextual e interpretativa y su contexto es la historia de la enfermedad y de la atención de ese paciente así como la narrativa médica del diagnóstico y el tratamiento. De esta forma diferentes clínicos que observen un caso pueden interpretar los acontecimientos de manera diferente e invocar aforismos distintos. El RC es la interpretación de los acontecimientos desarrollados más que un proceso tan exclusivamente visual o tan atemporal como el reconocimiento de un 'cuadro clínico'. Si el RC fuese eso, un simple reconocimiento de patrones o seguir un algoritmo, cualquier ordenador potente y bien programado podría sustituir al mejor médico, sin embargo la enorme cantidad de sabiduría acumulada y contradictoria destilada en esas máximas clínicas refleja la importancia del tiempo y el contexto en el trabajo de percepción e

interpretación clínicas. La contradicción, repetimos, es central al RC sobre un caso. Por medio de una recopilación de aparentes paradojas, los estudiantes y los residentes aprenden (y los clínicos con experiencia recuerdan) a sopesar las dos caras de todo juicio complejo. A pesar de la pretensión de que la medicina es una ciencia, la educación médica abarca tanto el reconocimiento de la ineludible incertidumbre del conocimiento clínico como el fomento de hábitos racionales de práctica.

A continuación exponemos algunos ejemplos de estos aforismos contradictorios que reflejan tanto las etapas esenciales del RC, como toda una teoría del conocimiento en la práctica (una más extensa y detalla exposición de los mismos puede encontrarse en K Montgomery) (1):

ANAMNESIS

?Normalmente la historia clínica nos da el diagnóstico?

?La paciente niega haber consumido alcohol?

Se atribuye a Laennec el dictum ?Escucha al paciente, te está dando el diagnóstico?. Hay estudios que apuntan que la probabilidad de alcanzar el diagnóstico con la historia clínica solo, es del 80% o más (2) y esto se les inculca a los estudiantes. Sin embargo, a la vez se les previene sobre ello promoviendo una actitud escéptica sobre el valor de la anamnesis y especialmente sobre el paciente como fuente fiable de información; lo cual queda patente en las explicaciones escritas u orales del tipo ?la paciente niega el uso de alcohol?. Es esta una forma de resaltar que la información obtenida incluso de informantes honestos y bienintencionados es siempre parcial, incompleta y potencialmente sesgada. Por esto cuando la información viene del paciente se la etiqueta como ?subjetiva?. De esta forma la creencia de que el paciente ?sabe? cual es su enfermedad o aporta mejor que nada las claves patognomónicas de la misma es compatible con una actitud de escepticismo, con la creencia de que la verdad no se encuentra tanto ?ahí fuera? para ser descubierta como que debe de ser construida por el observador.

HIPOTESIS PRELIMINARES

?Realiza una historia lo más completa posible?

?Un buen clínico tiene siempre su sospecha?

Tradicionalmente se previene a los estudiantes sobre el ?anclaje prematuro?, esto es sobre hacer hipótesis diagnósticas en fase temprana del proceso diagnóstico, cuando la información clínica disponible es aun escasa. Para evitar esto se les aconseja que hagan siempre, independientemente de cual sea el tipo de motivo de consulta, una historia lo más completa posible, incluyendo la revisión por órganos y aparatos. De esta forma se promueve la suspensión del juicio clínico apresurado y se mantiene la objetividad clínica. Sin embargo a la vez, se resalta como una cualidad del buen clínico su capacidad para tener intuiciones certeras. ?En cuanto entró por la puerta y le vi, antes de sentarse, tenía hecho el diagnóstico? es algo que hemos escuchado y ensalza la habilidad del médico para leer signos clínicos sutiles, muchos de ellos bien descritos en los textos. Ambas actitudes están apuntando a estrategias de razonamiento diferentes y útiles, un razonamiento inductivo (la primera) frente a otro deductivo (la segunda). Sin embargo solo la primera ha sido demostrada útil para los no expertos (3).

EXPLORACION FISICA

?Ajusta tus exploraciones a los patrones reconocidos?

?Toma en consideración cada detalle y explóralo cuidadosamente?

Al igual que la anamnesis, la exploración plantea la pregunta de si el clínico debería focalizarse sobre la queja o sobre el espectro amplio que conforman los síntomas y los signos. Los estudiantes aprenden el procedimiento de la exploración a la vez que se les aconseja que sigan sus sospechas (4). Sin embargo, a la vez se les previene para que no ignoren o no den la importancia debida a cualquier nuevo hallazgo significativo que pueda estar presente o aparecer. Tanto el dictum ?A la queja directo? como ?No pierdas ningún detalle? son desde luego buenos consejos.

PRUEBAS

?La mejor medicina es la que hace lo menos posible?

?Cuando las prioridades están claras, se va al grano?

Esta máxima expresa también la tensión clínica entre la conducta expectante y el pedir ?lo que haga falta lo antes posible?. Debido a que las opciones de pruebas son tan amplias, los médicos deben de conocer tanto las opciones como los peligros inherentes a cada una de ellas. El buen clínico elige las pruebas de manera inteligente y en el orden mas eficiente para minimizar así las molestias, los

costes, y el tiempo hasta alcanzar un diagnóstico. Sin embargo cuando hacer un diagnóstico es importante o existen probabilidades de que las pruebas invasivas serán necesarias, esas precauciones antes mencionadas no son tenidas en cuenta, considerándose entonces apropiado aplicar la ley de Sutton. Esta ley no viene de ningún reputado clínico sino de un ladrón, el cual cuando se le preguntó por qué robaba bancos, contestó 'es ahí donde está el dinero?'. Cuando un clínico decide saltarse algunas pruebas y pedir una muy específica (y habitualmente cara) se pone al margen de las reglas, como Sutton al margen de la ley, pero ambos tienen sus razones. La decisión de optar por un diagnóstico rápido y rentable ignora los cánones clínicos de las restricciones tecnológicas.

DIAGNOSTICO

?Busca la explicación más sencilla que pueda dar cuenta de todos los hallazgos? (La navaja de Occam)

?Es parsimonioso, pero puede ser incorrecto? (Dictum de Hickam)

La navaja de Ocam quizás sea el instrumento quirúrgico favorito de los médicos internistas. A los principiantes se les previene para que resistan la seducción de la comorbilidad, un doble diagnóstico que pueda explicar todos los detalles del abigarrado cuadro clínico del paciente. Si un detalle no se acopla bien, se invoca el principio de parsimonia: debe haber una mejor explicación para el mismo. Pero a la vez, la búsqueda de una solución elegante y única se contradice con la posibilidad real, especialmente en pacientes ancianos y deprivados económicamente, donde el agrupamiento de enfermedades es más frecuente. El dictum de Hickam dice: 'El paciente puede tener tantas enfermedades/como al maldito paciente le plazca?' (el verso rima en inglés) (5). Así el almacén de sabiduría clínica del médico debe incluir junto a los detalles de los diagnósticos raros que pueden acoplarse a la evidencia, una consciencia de una pequeña pero importante probabilidad de comorbilidad.

TRATAMIENTO

?Alivia los síntomas?

?Consigue un diagnóstico?

La tarea del médico es aliviar el sufrimiento. Pero la máxima tradicional de la medicina 'Primum non nocere?', parece violarse por las molestias de las pruebas y los tratamientos, así el imperativo terapéutico está aprisionado por la necesidad de obtener un diagnóstico. Un buen tratamiento depende de un buen diagnóstico. La tensión entre los dos deberes queda patente en situaciones como, por ejemplo, un caso de enfermedad infecciosa seria donde un tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro puede mitigar mucho el dolor y los síntomas del paciente pero a la vez entorpecer la identificación del agente causal y así el uso de otro antibiótico más efectivo a largo plazo. En general, ante cualquier paciente que es tratado empíricamente (esto es sin prueba diagnóstica) se argumenta que el diagnóstico hay que hacerlo (seguir las reglas científicas). Sin embargo cuando se trata de hacer un diagnóstico, se argumenta la necesidad de tratar las molestias del paciente. Cualquiera que sea la regla seguida se invocará siempre a la contraria.

Referencias

- ? Montgomery K. How doctors think. Clinical judgment and the practice of medicine. New York: Oxford University Press, 2006
- ? Hampton JR, et al. Relative contribution of the history taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and Management of medical outpatients. BMJ 1975;2:486-9
- ? Kassirier J, Gorry A. Clinical problema solving: a behavioral análisis. Ann Intern Med 1978;89:245-55
- ? Curry R, Makoul G. An active learning approach to Basic clinical skills. Acad Med 1996;71:33-6
- ? Miller WT. Occam versus Hickam. Seminars in Roentgenology 1998;33:213