

Razonamiento clínico: distinguiendo Caballos y Cebras

José R Loayssa

Clinical reasoning: Distinguishing Horses and Zebras

Resumen: El autor revisa alguno de los sesgos de razonamiento clínico más frecuentes y difíciles de evitar.

Summary: The author reviews some of the biases most common and difficult to avoid in clinical reasoning



Un paciente acude a una consulta del médico de familia con una nota del servicio de urgencias de un centro de salud rural sobre un cuadro de temblores y enrojecimiento facial. En la nota se puede leer:

?Encontrándose previamente bien ha sufrido un cuadro de calor facial (flush) sudoración y temblor de ambas extremidades. Ayer le pasó igual pero menos intenso. Inició brusco sin mareo ni otros síntomas. El paciente no cree que se encuentre más nervioso aunque se ha encontrado así después que comenzara a temblar. No consume fármacos ni otras sustancias, su dieta es la habitual sin productos sospechosos.

Enrojecimiento de frente y ojos. Temblor en ambas extremidades más manifiesto en la derecha.
Involuntario amplio de frecuencia media. No se aprecia en estos momentos sudoración.

TA 150/90 FC 99 glucemia 96 F. at 98% (no parece que hiperventile). temp 36.4

El episodio ha durado unos 50 minutos. Se le había puesto un alprazolam 0,50 sublingual pero ha remitido antes de su absorción de forma rápida.?

¿Que diagnósticos te planteas ante estos episodios?

¿Que historia y exploración si alguna añadirías?

¿Llevarías a cabo alguna prueba complementaria?

Cuando un paciente acude a consulta con una queja sin filiación diagnóstica, uno de los retos claves que en muchas ocasiones afronta el médico es decidir la extensión y profundidad del estudio diagnóstico a llevar a cabo, los diagnósticos a considerar y el grado de incertidumbre a asumir.

Cuando la sintomatología y los signos podrían interpretarse como las consecuencias de una enfermedad habitual que carece de trascendencia clínica pero al mismo tiempo también podrían corresponder a la presentación inicial de una enfermedad infrecuente con repercusiones clínicas potencialmente graves, el dilema para el médico no es desdeñable. Un ejemplo de esa situación se refleja en el caso del paciente que acude a una consulta del médico de familia con una nota de un profesional de urgencias de un centro de salud rural sobre un cuadro de temblores y enrojecimiento facial.

Para abordar este tipo de dilemas clínicos la primera consideración que debemos tener en cuenta, que parece más que obvia, es que las enfermedades comunes son frecuentes y las raras infrecuentes. Esto no justifica el que estas últimas sean sistemáticamente olvidadas en el estudio diagnóstico pero tampoco por supuesto supone el incluirlas siempre en el diagnóstico diferencial. La cuestión por lo tanto es cuando incorporar a estas como hipótesis de trabajo. Como señalaron **Turabian** y **Perez Franco**: ¿debemos pensar en primera instancia en los problemas más frecuentes, pero también estamos obligados a pensar en aquellas enfermedades excepcionales, pero graves? (1).

Una circunstancia que justifica esa incorporación es que las hipótesis habituales no sean suficientes para explicar la clínica del paciente, pero hay también situaciones en las que la clínica que presenta el paciente incluye datos inusuales que son característicos de enfermedades más infrecuentes y clínicamente más trascendentes, por ejemplo los sudores nocturnos, que podrían evocar algún tipo de linfoma. En este caso la primera distinción importante a hacer es entre datos clínicos característicos (aquellos que evocan la enfermedad rara) y datos clínicos que en el contexto del caso efectivamente hacen más probable una enfermedad de mayor trascendencia.

El que las enfermedades leves sean habituales y las graves no, provoca que en no pocas ocasiones los datos clínicos inusuales característicos de enfermedades graves son con mayor probabilidad datos no característicos de enfermedades más frecuentes. Esto hace que por lo tanto siempre que estemos ante un dato clínico que nos sitúe ante este tipo de dilema nos debemos hacer tres preguntas:

¿ **Es fiable el dato en cuestión?**

¿ **Cual es su frecuencia en la enfermedad rara que se sospecha?**

¿ **Cual es su frecuencia en enfermedades más comunes?**

¿ **Tomando en consideración el conjunto del cuadro del paciente cual es la probabilidad de unas y otras ?**

Por lo tanto, cuando nos encontremos con esos datos que pueden actuar como gatillos de una investigación exhaustiva debemos en primer lugar cerciorarnos de que el dato es fiable y no por ejemplo que el mismo sea el resultado de un interrogatorio inducido que puede provocar una historia ¿demasiado bonita para ser verdad?. En segundo lugar hay que buscar otros datos específicos que efectivamente tengan un valor discriminatorio en un sentido u otro, como en el caso de los sudores nocturnos y la posibilidad de linfoma, el estado general, la presencia de adenopatías o dolores óseos. Porque sobre todo es decisivo no confundir el carácter típico de un rasgo clínico, con su peso para aumentar la probabilidad de una enfermedad u otra en un caso concreto.

Sin embargo esta tarea no es fácil porque es necesario tener en cuenta que la mente humana es poco precisa al efectuar predicciones y calcular probabilidades, esto hace que el rasgo clínico que aparece como típico de una enfermedad rara puede desencadenar una investigación que no estaría justificada si se tuviera en cuenta la probabilidad real de la enfermedad que se busca. En esto intervienen sesgos comunes como es el de la **representatividad**? que sustituye la estimación de probabilidad por el parecido a un prototipo, sin tener en cuenta la prevalencia de la enfermedad en cuestión y como esta incide en el valor predictivo de los hallazgos en el paciente. A este sesgo hay que añadir el conocido como la **disponibilidad**? que implica que la asociación entre rasgos clínicos y diagnósticos se hacen en función de los casos que se recuerdan, en muchas ocasiones los más impactantes y no los más representativos. Pero no solo las experiencias personales directas generan un efecto con un impacto excesivo en la conducta clínica diaria también los relatos y anécdotas, las llamadas perlas clínicas, que otros profesionales ¿respetados? nos han transmitido así como las leyendas que sin apoyo en la evidencia clínica, (contraindicación de los Betabloqueantes en la EPOC hace unos años por ejemplo) circulan ampliamente entre los profesionales establecidos, residentes y estudiantes. No obstante todo esto, por otra lado es necesario reconocer que la rutina de casos intrascendentes que constituyen la consulta habitual del médico de familia pero también de otros especialistas actúan como **desensibilización**?, disminuyendo en muchas ocasiones la alerta clínica frente a la posibilidad de enfermedades más trascendente.

Todo ello hace recomendable que añadamos algunas preguntas más antes de decidirnos que hay que llevar a cabo investigaciones de segundo nivel para descartar una enfermedad muy infrecuente. Una par de estas preguntas pueden ser: ¿he vivido una experiencia reciente que puede afectar a mi juicio clínico al respecto? y ¿Cuál es mi grado de conocimiento y de competencia en la enfermedad que me estoy planteando investigar? Otra recomendación es la de ser cautos y no sobrevalorar un cuadro que a primera vista aparece como demasiado perfecto y representativo de entidades clínicas raras con las que hemos tenido poca experiencia práctica. Esta recomendación de prudencia ha quedado reflejada en un popular aforismo: ¿cuando oigas ruido de cascos piensa en caballos no en cebras? (If you hear hoofbeats, think horses not zebras?) (2)

Porque embarcarse en investigaciones buscando cebras no está exento de riesgos y efectos secundarios de las exploraciones en sí, de su costo y del riesgo de iatrogenia que siempre suponen. Tampoco se debe olvidar, como ya hemos señalado que la prevalencia baja de una enfermedad compromete la rentabilidad de la exploraciones, limita su valor predictivo y multiplica el numero de falsos positivos. Del mismo modo se esta obligado a considerar que aparte de las enfermedades graves hay otras causas que pueden contribuir a la aparición de datos clínicos inusuales. Especialmente tener en cuenta que los fármacos pueden ocasionar muchos efectos que desconocemos, por ello es siempre recomendable llevar a cabo un repaso sobre la seguridad de los tratamientos que ha recibido el paciente. Asimismo no conviene olvidar que muchos resultados alterados de pruebas complementarias tienen un escaso valor clínico aisladamente sobre todo cuando la elevación o disminución del valor es moderada.

Pero como siempre lo más importante es que el médico sea capaz de **observarse** y analizar su propia conducta, el valor que da a los hallazgos clínicos en relación a la probabilidad de una u otra enfermedad así como identificar posibles sesgos que pueden estar afectando a su juicio clínico.

1) Turabian Fernández, Pérez Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos. Aten Primaria. 2006;38(3):165-7.

2) Smith CS, Douglas SP. When you hear hoof beats: four principles for separating zebras from horses. J Am Board Fam Pract. 2000;13:424-9