
EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO FRENTE A LO MULTICAUSAL Y LO PROBABILÍSTICO

ALBERTO LIFSHITZ

Aunque de los clínicos se requieren muchas cualidades, técnicas y humanitarias, tal vez la mejor manera de expresar sumariamente su calidad es considerando su capacidad de tomar decisiones apropiadas en el momento oportuno. Así, si se admite que el clínico es un tomador de decisiones y que el mejor clínico es el que mejores decisiones toma, el pensamiento médico se refiere precisamente a esta capacidad. Habrá que reconocer que, a pesar de que existen al menos dos teorías relacionadas con las decisiones (la teoría de las decisiones que señala los caminos para tomar buenas decisiones, y la teoría cognitiva que muestra la manera en que se suelen tomar las decisiones en la práctica), la formación de los médicos en este campo no las suele incluir y más bien aprendemos por el ensayo y el error, por las aproximaciones probabilísticas o por imitación.

Las decisiones pronósticas han sido soslayadas, a pesar de que suele haber elementos razonablemente sólidos para apoyarlas, y que probablemente sean las que más interesan al paciente y a su familia. Las decisiones terapéuticas se tienden a supeditar a los diagnósticos, de tal manera que buena parte del esfuerzo intelectual de los médicos se orienta hacia el diagnóstico, frecuentemente el nosológico, que equivale a ponerle nombre de enfermedad a los sufrimientos del paciente. El diagnóstico nosológico tiene por lo menos cuatro funciones: la taxonómica, que permite ubicar al paciente en un cierto casillero; la referencial o denotativa, que permite comunicarse entre expertos; la explicativa, que permite entender (y explicar) lo que le está sucediendo al enfermo, y la ejecutiva, a partir de la cual se toman decisiones, ya sea recomendar una terapéutica, incrementar la información o esperar prudentemente.

Explorar la mente de los clínicos ha sido complicado, en parte porque ellos mismos tienen dificultades para expresar su pensamiento en forma

Director General de Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud, México. /
alifshitz@yahoo.com

Este texto comenta el artículo de A.C. Rodríguez de Romo, et al. (2008), "Medicina y lógica: El proceso diagnóstico en neurología", *Ludus Vitalis* XVI (30): 135-166. Disponible en www.ludus-vitalis.org/debates.

de símbolos, estructuras o tácticas. Buena parte del su procesamiento mental se realiza sin una conciencia de ello, o por lo menos sin la voluntad de estructurarlo. La forma más común de proceder es por una inferencia analógica: qué tanto se parece lo que tiene el paciente (padecimiento) a lo que dicen los libros (enfermedad). La decepción de los principiantes que estudiaron las enfermedades en los libros viene cuando descubren que los pacientes no los leyeron. Otra observación común es que los médicos, tanto los principiantes como los expertos, tienden a las hipótesis tempranas, a postular una interpretación diagnóstica con los primeros datos que obtienen y que estas hipótesis se van depurando conforme acumulan información.

Partiendo de la idea de que los clínicos lo que pretenden es ayudar a los pacientes y no tanto respetar la verdad científica o contribuir a incrementar el acervo cognoscitivo de la humanidad, lo cierto es que la mente del clínico discurre por caminos que a veces desafían a la lógica. Tal es el caso de los llamados heurísticos, que resultan de un camino corto (*fast track*) que elude la parsimonia de las operaciones lógicas y que, con riesgos, desemboca en conclusiones. También ocurre con algunas estrategias diagnósticas heterodoxas como las pruebas terapéuticas o la exclusión que, si bien no carecen de estructura lógica, su construcción es un tanto endeble.

Es verdad que el método anatomo-clínico ofreció un modelo valioso para el razonamiento clínico, porque permitió constatar o refutar, con el estudio anatómico, las predicciones de los clínicos. El modelo falla cuando los padecimientos no tienen expresión anatómica, como puede ser una cetoacidosis diabética, una acidosis metabólica, los trastornos llamados funcionales y una pléyade de alteraciones psicosomáticas. Por otro lado, el modelo anatomo-clínico ha servido de base para los ejercicios clínico-patológicos, partiendo de la idea de que el razonamiento diagnóstico retrospectivo, aplicado en los casos de autopsia reproduce lo que se utiliza en los pacientes de todos los días, pero aunque intrínsecamente se asemejan, la presión emocional de atender un paciente que puede morir y complicarse modifica el razonamiento que se utiliza en uno que ya no puede volverse a morir. Por eso se ha dicho que los ejercicios clínico-patológicos equivalen a “nadar fuera de la alberca”.

El cambio paradigmático de la ciencia ha conducido a consideraciones que limitan el valor de la lógica clásica. La primera tiene que ver con la complejidad, a partir de que todas las enfermedades son multicausales, que la comorbilidad es más la regla que la excepción y que en cada caso participa un sinnúmero de factores que no pueden aislarse reduccionistamente. El otro elemento es la jerarquización de lo subjetivo y de que en cada efecto participan deseos temores, aprensiones, anhelos, miedos, aspiraciones, prejuicios, no sólo del paciente sino también del médico. El modelo mecanicista tiende a remplazarse por uno probabilístico y la

relación entre causa y efecto es relativa, proporcional, de modo que ya no hay enunciados categóricos.

Explorar el pensamiento clínico es verdaderamente necesario, sobre todo si partimos que las decisiones, particularmente el diagnóstico, se pueden sustentar en ciertas reglas y que no es el único camino el de ir acumulando experiencia, a veces sin someterla a discusión y análisis. En la medida en que se conozcan mejor los procesos lógicos que participan en el diagnóstico se podrá adelantar en el aprendizaje y dominio de esta habilidad por los novatos.

El trabajo "Medicina y lógica" explora efectivamente el proceder de los clínicos neurólogos de un reconocido Instituto y los caminos para el aprendizaje del razonamiento clínico por parte de los alumnos en curso de especialización. Es interesante que observadores externos, no necesariamente vinculados con el ámbito de la neurología clínica, lograron identificar los mecanismos mentales que utilizan los clínicos, expertos y novatos, ubicarlos dentro de las operaciones lógicas que los conducen a un diagnóstico y estructurar de algún modo las inferencias que participaron en esta operación. La neurología es una disciplina que, para propósitos de una investigación de este tipo, muestra algunas características que la distinguen de otras especialidades. Por una parte, los síntomas se pueden adscribir a una lesión anatómica en un sitio preciso (no hubo necesidad de que aparecieran los estudios de imagen para que los neurólogos clínicos nos pudieran decir en dónde estaba la lesión que posteriormente se confirma en la autopsia). Por otro lado, las predicciones sustentadas en bases clínicas pueden ser corroboradas mediante estudios de imagen o electrofisiológicos, de tal manera que se ajusta a los preceptos del método anatomo-clínico sin necesidad de llegar a la necropsia.

Tal vez la relación de los síntomas con los síndromes no resulte la mejor forma de explorar estas relaciones lógicas y hubiera sido preferible relacionarlos con enfermedades o lesiones. Por definición, un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que suelen aparecer juntos, que tienen una base fisiopatológica común y un manejo genérico, de tal manera que el "síndrome pancerebeloso" efectivamente se conforma de los síntomas que se señalan en el caso relatado.

De acuerdo con que las inferencias inductivas, deductivas y abductivas constituyen la forma de pensar de los clínicos, pero hay que partir de que se tiene que contender con la incertidumbre (por ello es válido resaltar la abducción). A los expertos en ciencias duras les cuesta trabajo entender cómo manejamos los clínicos la incertidumbre; en el mejor de los casos, la investigación clínica ofrece la posibilidad de hacer estimaciones probabilísticas de los desenlaces, de modo que la incertidumbre se sustituye por riesgo. Muy pocos diagnósticos clínicos (y en este sentido la neurología es menos incierta) se pueden afirmar con certeza. De hecho, se exige un

cierto nivel de probabilidad que permita tomar decisiones, pero no siempre la certeza. Muchos tratamientos se prescriben con tan solo una probabilidad umbral (umbral terapéutico) cuya definición depende de las estimaciones beneficio/riesgo que ofrezca tal terapéutica.

En todo caso, me parece que surge un modelo que señala la necesidad de un estudio ordenado de los enfermos (lo cual no quiere decir exhaustivo ni siquiera completo); una identificación apropiada de los síntomas y signos; la búsqueda de relaciones entre estos indicios para estructurar síndromes; la contrastación con el conocimiento establecido y la búsqueda de relaciones etiológicas, a pesar de la limitación que constituye la idea contemporánea de que todas las enfermedades son multicausales.