

Artículos

- [El Razonamiento Clínico como herramienta diagnóstica](#)
- [Introducción](#)
- [Situación Clínica I](#)
- [Situación Clínica II](#)
- [Conclusiones](#)
- [Referencias](#)

Julio Borges Iturriza

jbiturriza@cantv.net

Profesor Titular, Cátedra de Neurología,
HUC, Universidad Central de Venezuela

Neurología

El Razonamiento Clínico como herramienta diagnóstica

Fecha de recepción: 15/07/2010

Fecha de aceptación: 10/08/2010

El presente trabajo tiene como finalidad exponer en forma sucinta algunos aspectos básicos del Razonamiento Clínico con el fin de que el médico al conocer el valor de esta herramienta diagnóstica, pueda utilizarla apropiadamente en su labor diaria.

Palabras Claves: Razonamiento Clínico, Situación Clínica, Diagnóstico

Title

Clinical reasoning as a diagnostic tool

Abstract

The present paper aims to present some basic aspects of the process of clinical reasoning so that physicians can make good use of this diagnostic tool.

Key Word

Clinical Reasoning, Clinical Situation, Diagnosis

El Razonamiento Clínico como herramienta diagnóstica

Introducción

Establecer el diagnóstico constituye para cualquier médico su tarea más importante y puede afirmarse, con seguridad, que para llevarla a cabo el Razonamiento Clínico constituye la herramienta más útil. Lograr un diagnóstico confiable es condición necesaria para adoptar conductas terapéuticas adecuadas y eficaces. Llama la atención, y en diversas oportunidades ha sido señalado que este tema a pesar de su importancia, no se le ha asignado el espacio que merece en los programas de las Escuelas de Medicina. Los términos: *razonamiento clínico*; *toma de decisiones clínicas*; *solución de problemas clínicos* y *razonamiento diagnóstico*, son generalmente considerados como sinónimos y se usan de manera intercambiable. El presente trabajo tiene como finalidad exponer en forma sucinta algunos aspectos básicos del Razonamiento Clínico con el fin de que el médico al conocer el valor de esta herramienta diagnóstica, pueda utilizarla apropiadamente en su labor diaria. No analizaremos las estrategias diagnósticas basadas en la teoría general de la toma de decisiones y que tienen su raíz en el teorema de Bayes ya que el uso de fórmulas y normas rígidas y la cuantificación de los datos dificultan grandemente su utilización en la práctica médica^(1,2). La labor del médico, o en otras palabras, el razonamiento clínico, se inicia en el momento que se produce el encuentro del paciente con su médico tratante. A partir de entonces el médico dedicará su esfuerzo en adquirir, seleccionar y organizar los datos que sean de utilidad en el proceso del diagnóstico. La recolección de datos por parte del médico no

es una tarea pasiva: en primer lugar, el médico deberá poner todo su empeño en comprender lo que el paciente trata de expresar al describir sus padecimientos. Saber analizar los términos utilizados por el enfermo es una habilidad que el médico en formación debe tratar de adquirir tempranamente; interpretaciones equivocadas son causa frecuente de errores diagnósticos. Viene al caso recordar lo afirmado por Hunter “El médico establece con el paciente la misma relación del crítico con el poema. La tarea es la misma: leer e interpretar los signos, sean ellos palabras o trastornos físicos” ⁽³⁾. Una lista de síntomas y signos sin especificar las características particulares que cada uno de ellos muestran en cada paciente tiene escasa utilidad diagnóstica. El síntoma dolor, por ejemplo, presenta cualidades diferenciales que deben ser definidas para poder utilizarlo con provecho en el razonamiento clínico. Igualmente, señalar que el paciente sufre de “cefalea” es de poca ayuda si no se precisa su localización, forma de evolución, desencadenantes, síntomas y signos asociados, etc. La información obtenida durante esta etapa que pudiera denominarse *etapa semiológica* usualmente es desordenada y la conforman una mezcla de datos relevantes e irrelevantes y es indispensable seleccionarlos de acuerdo a la utilidad que puedan tener como elemento diagnóstico. Es conveniente recordar que los datos registrados por el médico constituyen, únicamente, indicios del trastorno fisiopatológico que presenta el paciente y necesitan ser analizados; esta tarea de análisis o interpretación corresponde a lo que Lain Entralgo denomina *inferencia diagnóstica*: “Doy el nombre de inferencia diagnóstica al conjunto de operaciones mentales en cuya virtud el médico convierte en genuino conocimiento diagnóstico, y a la postre en auténtico juicio clínico, los datos obtenidos mediante la exploración del enfermo” ⁽⁴⁾. Especificar los datos de valor diagnóstico no es suficiente: el proceso diagnóstico realmente avanza cuando los datos “empíricos” convertidos en “genuino conocimiento diagnóstico” son seleccionados y organizados de forma tal que configuren un contexto coherente, propio de cada paciente. La fase de selección y organización es decisiva en cualquier tipo de investigación y se asemeja, de acuerdo a Agatha Christie, a la que realiza el detective: “Poirot cerró los ojos. Lo que veía mentalmente era ni más ni menos que un caleidoscopio. Trozos de bufanda, libros de cocina, lápiz para labios y nombres de extraños estudiantes. Todo sin conexión ni forma. Pero Poirot sabía muy bien que en alguna parte y de algún modo debía formarse un dibujo ordenado” ⁽⁵⁾. El clínico utiliza su experiencia para organizar la información y seleccionar los datos que considere más relevantes al tratar de comprender el proceso patológico que aqueja al paciente; estos datos seleccionados, que pueden ser denominados “**síntomas/signos cardinales**”, lo orientan para adquirir información adicional pertinente y, además, forman el núcleo alrededor del cual se organiza contextualizados todos los datos disponibles.

Situación Clínica I

Hemos denominado a este contexto “**Situación Clínica**” la cual puede ser definida como “el conjunto de los datos clínicos y paraclínicos de valor diagnóstico de que dispone el médico en un momento determinado, organizados de tal manera, que conforman una representación mental que permite comprender, en lo posible, la condición del paciente”. En la práctica, podría compararse a la respuesta que un clínico de experiencia da cuando se le interroga acerca de un paciente y resume, en forma precisa, el cuadro clínico del enfermo. La falta de una adecuada representación del caso puede originar una desorientada generación de hipótesis basadas en manifestaciones clínicas aisladas; además, conformar adecuadamente una Situación Clínica evita que el médico se extravié en un torrente de datos clínicos y lo obliga a separar los relevantes de los no relevantes. La conformación de la Situación Clínica es un paso indispensable y decisivo en el razonamiento clínico ya que la representación “abstracta” del caso hace posible generar hipótesis valederas que permiten avanzar con mayor certeza en el proceso del diagnóstico. El diagnóstico de las cefaleas puede servir para mostrar a lo menos en parte, la utilidad de la Situación Clínica en el proceso diagnóstico. Así, si consideramos en primer lugar el caso de un paciente masculino de 45 años obrero de la construcción quien en el momento de realizar un esfuerzo físico presenta cefalea muy intensa de comienzo súbito, asociada a náuseas, vómitos y alteraciones pasajeras del estado de consciencia, la Situación Clínica a desarrollar tendrá como síntoma cardinal la cefalea de comienzo súbito y todas las hipótesis diagnósticas que puedan producirse tendrán en común este síntoma cardinal, excluyendo todos los otros tipos de cefalea. De igual modo si se considera el caso de una paciente de 35 años que consulta por episodios de cefalea de duración variable (horas-1-2 días) desde la adolescencia y los cuales en los últimos meses han aumentado su frecuencia y en ocasiones se acompañan de náuseas. La característica episódica de la cefalea es el dato más valioso y alrededor del cual debe estructurarse la situación clínica no elaborando ninguna

posibilidad diagnóstica que implique cefalea persistente no episódica. Estructurar la Situación Clínica implica obligatoriamente un ejercicio de selección y es necesario reconocer aquellos datos que no “encajan” en el contexto. El dato discordante debe ser evaluado: si no tiene importancia se desecha, si se considera importante podría ser necesario una reordenación de la Situación Clínica. Igualmente, al avanzar en la exploración del paciente, pueden surgir datos nuevos que tengan tal relevancia que se constituyan en síntomas cardinales e impongan una organización del contexto distinta de la que ya se había conformado. Diversas investigaciones se han realizado destinadas a identificar los “mecanismos mentales” que intervienen en el razonamiento clínico; en este sentido se ha puesto en evidencia que en la tarea de “diagnosticar” lo que distingue al experto del novicio en la resolución de los problemas clínicos, no son tanto los aspectos formales del razonamiento, sino más bien ciertas destrezas cognitivas y que lo más característico del experto es su forma de almacenar en la memoria, los conocimientos adquiridos y la manera como los moviliza posteriormente al enfrentar un nuevo problema diagnóstico ^(6,7). Se ha demostrado que los conocimientos no se almacenan en forma aislada sino que tienden a formar contextos configurando *estructuras cognitivas complejas* que al activarse ante un determinado estímulo, se movilizan como un todo. En esta línea de pensamiento, en 1991 ⁽⁸⁾, afirmábamos que aunque una persona posea conocimientos suficientes sobre una determinada materia, la contribución que estos conocimientos puedan prestar a la solución de un problema dependerá, en buena parte, de la manera como estén almacenados y ordenados en la memoria. La importancia de las experiencias acumuladas y la forma de utilizarlas en la resolución de problemas provienen, en buena parte, de conceptos originarios de la Psicología Clínica ⁽⁹⁾. Estos conceptos derivan, en gran parte, de la llamada teoría de los “guiones” (*script*, en la literatura inglesa) ⁽¹⁰⁾: el guión corresponde a “estructuras cognitivas” producto de situaciones repetidamente vividas por la persona y que son utilizadas para actuar de la mejor forma posible cuando se enfrenta de nuevo una situación ya vivida. Los conocimientos originados en estas reiteradas situaciones se organizan de tal manera que conforman “agregados” que se movilizan como un todo en el momento que se requiera. Por ejemplo, cuando una persona visita un restaurante o ingresa a un aeropuerto para abordar un avión, sin mayor esfuerzo, se conducirá adecuadamente ya que la información obtenida en experiencias previas, organizada en forma de “guiones”, hará posible que en cada caso se comporte apropiadamente. Esta forma de razonar “intuitivamente” se observa en otras áreas donde los expertos igualmente lo utilizan. Para ilustrar el punto es ilustrativo traer a colación el ajedrez considerado como el juego que requiere planeamiento “inteligente” de las jugadas ⁽¹¹⁾. En base a la idea de que el jugador planifica razonadamente sus jugadas y selecciona la más conveniente, se diseñó, en 1996, el computador llamado Deep Blue que estaba capacitado para analizar en un segundo millones de posibles movimientos de las distintas piezas del juego. Su oponente, el maestro Garry Kasparov podía analizar no más de 5 movimientos por segundo y con un gasto de energía infinitamente menor que el utilizado por Deep Blue, de los 6 juegos realizados derrotó al computador en 4 oportunidades. La mayor falla de la computadora era su rigidez y su incapacidad de aprender, es decir, no poder utilizar su “experiencia” para tratar de solucionar un determinado problema. La computadora solamente era capaz de tomar decisiones al predecir cual movimiento sería el más exitoso después de analizar millones de eventuales jugadas. Su labor, puede decirse, era tratar de resolver una serie indefinida de problemas matemáticos. Al estudiar los mecanismos cognitivos utilizados por los ajedrecistas expertos se ha demostrado que al evaluar una situación no comparan todas las opciones posibles ni analiza conscientemente todos los datos de que dispone sino que, al contrario de la computadora, son profundamente intuitivos. Es bien conocido que maestros ajedrecistas realizan difíciles y exitosas jugadas solamente mirando el tablero. Su vasta experiencia le permite visualizar la situación presente y elegir, sin mayor esfuerzo de razonamiento, el movimiento más conveniente: Kasparov afirma que él juega por instinto, “by smell, by feel” ⁽¹¹⁾. En 1984, Feltovich y Barrows haciendo uso de estos conceptos propusieron el término “*illness script*” el cual, pudiera ser traducido, a falta de un mejor término, como “*guiones diagnósticos*” los cuales se van conformando a medida que el médico gana experiencia y toma contacto directo con las enfermedades y las variadas manifestaciones que han presentado en los distintos pacientes que le ha tocado evaluar ⁽⁷⁾. Utilizando el término puede decirse que los clínicos expertos almacenan sus conocimientos en forma de “guiones diagnósticos” los cuales varían desde los más simples hasta los más complejos. Los guiones diagnósticos son el producto de repetidas experiencias clínicas que se almacenan formando estructuras coherentes que corresponden a enfermedades, síndromes o alguna condición patológica y que se movilizan respondiendo a una determinada situación clínica que sirve de estímulo. Para ejemplificar esta aseveración pudiéramos proponer el caso del médico que al observar por primera vez la persona que consulta detecta, en su aspecto, una serie de rasgos que activan experiencias

pasadas y que le hacen pensar que se trata de una persona evidentemente “enferma”. En este punto la Situación Clínica es simple y las posibilidades diagnósticas son ilimitadas pero, al detallar más su apariencia, de acuerdo a ciertas características presentes se activarían diversos patrones mentales más específicos que orientan, en su inicio, el proceso diagnóstico: en un caso puede predominar la palidez y el enflaquecimiento, en otro, las facies congestivas con edema en las extremidades. Los guiones diagnósticos activados demandarán datos adicionales necesarios para lograr un mejor ajuste con la Situación Clínica presente. La activación del correspondiente guión ante una determinada condición patológica ocurre sin esfuerzo conciente, podría decirse que es una reacción intuitiva, lo que es cierto si se acepta que la intuición puede ser definida como la habilidad de usar la experiencia para reconocer situaciones y decidir la acción a tomar. Puede afirmarse que una de las principales diferencias entre el experto y el novicio es el número de guiones diagnósticos que el experto ha desarrollado a lo largo de los años. Mientras más desarrollada y mejor estructurada sea la situación clínica tanto más productivas serán las hipótesis que a partir de ella se generen. Al comienzo las hipótesis tienden a ser vagas y generales, pero a medida que se adquiere información adicional, la incertidumbre acerca del diagnóstico del paciente se reduce progresivamente y se hace posible proponer hipótesis cada vez más específicas y enfocar cada vez con mayor precisión el campo nosográfico.

Situación Clínica II

Los dos ejemplos que damos a continuación tienen como finalidad mostrar a grandes rasgos la conformación de una Situación Clínica.

Paciente femenino de 47 años de edad quien desde hace aproximadamente 4-5 meses presenta cefalea, cansancio fácil e irritabilidad. Fue examinada por un Ginecólogo quien pensó que sus síntomas eran asociados a la menopausia. Desde hace dos meses la cefalea se ha hecho progresivamente más intensa; actualmente la cefalea es diaria, más severa en la región frontal especialmente sobre el ojo derecho. No la despierta durante la noche pero casi siempre está preséntela despertar e puede reaparecer durante el día. Mejora transitoriamente con los analgésicos comunes. No acusa otras molestias. Dos años antes, a raíz de la muerte de su madre presentó episodio depresivo que ameritó tratamiento psiquiátrico. Antecedentes familiares negativos. La víspera de su ingreso al Hospital presentó crisis convulsiva generalizada, sin aura, de pocos minutos de duración; recuperación completa excepto por severa cefalea y somnolencia. Durante la crisis se produjo mordedura de la lengua y relajación de esfínter vesical. El examen neurológico no mostró anormalidades excepto un signo de Babinski izquierdo, persistente, después de la crisis convulsiva. (*Los datos subrayados se consideran síntomas/signos cardinales*) **Situación clínica:** paciente femenino con cefalea persistente y progresiva, actualmente diaria y rebelde a los analgésicos; inicio reciente (5 meses), niega cefaleas en el pasado, sin otra patología conocida, asociada a signos sugestivos de lesión cerebral localizada. **Hipótesis diagnóstica:** probable lesión evolutiva localizada en el hemisferio cerebral izquierdo. → Examen a practicar para verificar la hipótesis: Resonancia Magnética cerebral.

Paciente masculino de 53 años de edad, obrero, que consulta por cefalea persistente. Refiere buen estado de salud hasta 3 meses antes de su ingreso cuando se iniciaron los dolores de cabeza, al comienzo de leve intensidad pero progresivamente se hicieron más intensos y persistentes. La cefalea era generalizada más intensa en la región frontal. Dos meses antes de su ingreso se realizó una consulta médica: al examen no se encontraron anormalidades y no se practicaron exámenes complementarios. Durante el último mes la cefalea aumentó en severidad, aumentaba con los cambios de posición y los esfuerzos; igualmente aumentaba en posición horizontal y lograba cierto alivio durmiendo en posición semisentada. Durante las dos o tres últimas semanas ha notado fiebre vespertina que oscila entre 37,5 y 38,5 C. No se detectaron antecedentes de importancia. El examen neurológico evidenció una moderada rigidez de nuca; resto de examen sin alteraciones. Examen mental: normal. **Situación Clínica:** Paciente con cefalea persistente progresiva de comienzo reciente (3 meses) asociada a síndrome febril moderado y rigidez de nuca como único signo neurológico. **Hipótesis diagnóstica:** proceso meningítico de evolución lenta. → Examen a realizar para verificar hipótesis: estudio del líquido cefalorraquídeo. Los resultados de los exámenes complementarios al integrarse modificarán la Situación Clínica, se generaran nuevas hipótesis y será necesario obtener datos nuevos para verificarlas. En ambos casos el síntoma dominante fue *cefalea persistente progresiva* pero la contextualización de todos los datos, es decir, la conformación de una *situación clínica* permitió generar hipótesis capaces orientar y hacer avanzar el proceso diagnóstico. En la realidad, un médico experimentado, mientras oye la historia que refiere el paciente comienza a formular mentalmente hipótesis. El número de

hipótesis se va reduciendo, rápidamente, a medida que obtiene nuevos datos. Estas hipótesis las produce sin mayor esfuerzo; el médico sin recurrir a un análisis detenido es capaz de orientar el diagnóstico valiéndose de sus conocimientos debidamente almacenados en su memoria. Otras veces es necesario analizar reflexivamente la información obtenida y el razonamiento continúa planteando una secuencia de hipótesis que, una vez verificadas, conducirán al establecimiento del diagnóstico. Es importante recalcar que, ambas formas de procesar la información clínica no son excluyentes, sino que se complementan y en este sentido puede afirmarse que el “experto” no utiliza un solo método para alcanzar el diagnóstico, sino que la Situación Clínica, en cada caso, por sus características propias, determina el mejor método a seguir. Se ha demostrado que un razonamiento clínico efectivo integra de manera interactiva, el razonamiento automático y el reflexivo. Como se señaló anteriormente durante buena parte del proceso diagnóstico, especialmente en sus primeras etapas, el clínico sigue un modelo no-analítico en el cual predomina la activación de experiencias previas. El modo de obtener la información del paciente, la selección de los datos y la manera de organizar la información está regido en gran parte por los “guiones diagnósticos” que sucesivamente se movilizan conformándose Situaciones Clínicas que pueden variar a medida que se incorporan datos nuevos. Tanto en la etapa de recolección de datos como a partir de una situación clínica estructurada el médico se formula preguntas, es decir, genera hipótesis que necesitan ser verificadas. Esta actividad se apoya tanto en la experiencia como en los conocimientos adquiridos y supone una labor reflexiva propia del razonamiento analítico. Plantear preguntas y buscar la respuesta correcta constituye gran parte del razonamiento clínico. En este sentido cabe recordar lo afirmado por Gatens-Robinson ⁽¹²⁾: El método que utiliza el clínico no es la deducción ni la inducción sino el dialogo”, y puede añadirse “El discurso dialéctico conducido apropiadamente llega a ser un soliloquio en el cual el clínico examina críticamente sus propias conclusiones”. El ajuste entre la Situación Clínica y el guión diagnóstico, en ciertos casos, ocurre precozmente sin necesidad de información adicional, se habla entonces de diagnóstico por “reconocimiento de patrones” como ocurre, por ejemplo, en los casos típicos de la enfermedad de Parkinson y en muchos casos de lesiones dermatológicas. Con frecuencia, cuando los datos clínicos son insuficientes, se hace necesario practicar exámenes complementarios. La selección de los procedimientos diagnósticos complementarios debe considerarse como una prolongación del razonamiento clínico y seleccionar solamente aquellos de utilidad demostrada. En buena clínica no deberían existir los “exámenes de rutina”; la práctica de exámenes innecesarios además del gasto inútil y del riesgo que acarrear para el paciente, pueden confundir y dificultar el razonamiento diagnóstico.

Conclusiones

En el diagrama adjunto se muestran en forma esquemática las distintas etapas del razonamiento diagnóstico.



A partir de la Situación clínica se generan hipótesis para cuya validación puede ser necesario obtener información adicional, bien sea clínica o adquirida a través de los exámenes complementarios. La nueva información modificará la Situación Clínica previa y dará lugar a nuevas hipótesis. El razonamiento clínico deberá concebirse como una actividad continua, circular, que se repite hasta lograr la hipótesis que se ajuste mejor a la Situación Clínica

permita tomar una decisión diagnóstica. ⁽¹³⁾ Es bien conocido que la pericia en clínica se adquiere principalmente por experiencia pero se ha demostrado que reflexionar sobre los casos vistos, analizando con especial cuidado los errores cometidos, es una manera de lograr que la experiencia sea cada vez más aprovechable ⁽¹⁴⁾. Para tratar de evitarlos es conveniente destacar algunos de los errores que con frecuencia se observan en el razonamiento clínico ⁽¹⁵⁾. Con toda razón se considera que la historia clínica es el fundamento del proceso diagnóstico. Con seguridad muchos errores diagnósticos se deben a un interrogatorio mal conducido. A este respecto creemos pertinente recordar al Profesor Enrique Benaim ⁽¹⁶⁾ quien señalaba enfáticamente que “lo más importante en la entrevista es lo que el paciente tiene y quiere comunicar; que lo fundamental es comprender al enfermo como persona y que la enfermedad como hecho biológico es solo una parte del contexto clínico”. Agrega Benaim: “el paciente es quien debe dirigir la conversación y el médico respetarlo y, a su vez, tratar de que el paciente exprese libremente sus síntomas, sus ideas, sus temores, sus sospechas, etc.” Considera que la entrevista centrada en el paciente sirve también para descubrir las verdaderas razones para las cuales acude al médico y que muchas veces no son las que expresa con más fuerza, y señala acertadamente “al comienzo, la entrevista es una fachada en la cual se narran ciertas cosas y se omiten otras”. Es oportuno recordar también que en todo caso el interrogatorio debe orientar el examen físico; realizar un examen neurológico aisladamente, fuera de contexto, tendrá siempre un escaso valor diagnóstico. La escogencia de lo que hemos denominado *síntoma y/o signos cardinales* es decisiva para que la Situación Clínica adecuadamente estructurada refleje con la mayor fidelidad posible el proceso patológico del paciente. Dos errores pueden señalarse en la estructuración y correcta interpretación de la Situación Clínica: uno, “menospreciar” datos de verdadera importancia para el diagnóstico; otro, aferrarse a una hipótesis diagnóstica, y tomar en cuenta solamente aquellos datos que la apoyen sin analizar otras opciones diagnósticas. A pesar de que el principio de razonamiento conocido como “la navaja de Occam” según el cual “no deben multiplicarse las causas, es decir, las hipótesis en un razonamiento” es acertado en muchos casos por lo que con frecuencia se repite que “el razonamiento más sencillo es generalmente el correcto” no siempre puede tomarse como guía correcta del razonamiento clínico sobre todo cuando se trata de casos complicados que requieren análisis cuidadoso. Otro principio de razonamiento a menudo invocado es la llamada “ley de la parsimonia” según la cual, para explicar el cuadro clínico del paciente lo más aconsejable y generalmente lo correcto es invocar una sola causa; en la práctica clínica pueden ocurrir excepciones y existe siempre la posibilidad que más de una causa sean responsables de las manifestaciones clínicas del paciente. Es conveniente recordar igualmente el error que puede cometerse cuando un paciente presenta síntomas que con gran frecuencia se asocian a causas “no orgánicas” como ocurre, por ejemplo, con la cefalea y los mareos. En estos casos, el médico, dejándose llevar por una ley del mínimo esfuerzo, después de una rápida y posiblemente incompleta exploración del paciente, no considera otras opciones pudiéndose así omitir diagnósticos que representen una real amenaza para la salud del paciente. Igualmente puede ocurrir que el médico tome en cuenta las posibilidades diagnósticas de observación más frecuente sin esforzarse en considerar otras opciones. Por principio, desde el punto de vista didáctico, puede afirmarse que no existe diagnóstico definitivo y toda conclusión diagnóstica debe considerarse como provisional. En cualquier momento, una nueva información puede modificar la Situación Clínica que obligaría a plantear otras posibilidades diagnósticas. En ocasiones el médico, basado generalmente en datos incompletos, se aferra a un diagnóstico. Esta actitud errada que podríamos denominar “atornillarse a un diagnóstico” lo lleva, como señalamos anteriormente, a dar importancia únicamente a aquellos datos que apoyen su propuesta diagnóstica. En este sentido es importante enfatizar que el razonamiento clínico siempre debe estar centrado en el paciente y el diagnóstico debe ser considerado como la culminación de un proceso que se “construye” tomando en cuenta y valorando todos y cada uno de los datos que fue posible obtener a partir del paciente. En este sentido es valioso el consejo de del Prof. Williams Osler “Permitan que el paciente les diga el diagnóstico, (“Let the patient tell you the diagnosis”). Es pertinente enfatizar igualmente que el razonamiento clínico, por sus características, no permite al médico lograr una certeza completa en el momento de establecer el diagnóstico. Debe tomarse en cuenta que los problemas clínicos pertenecen a los denominados problemas “mal estructurados” en los cuales ni el problema planteado ni el método a seguir en el razonamiento están definidos. El clínico no puede adoptar el método científico utilizado en las ciencias naturales que se caracteriza por seguir normas bien establecidas. Esta ausencia de reglas aplicables al razonamiento explica la dificultad que siempre han tenido los “expertos clínicos” en describir su modo particular de lograr un diagnóstico. Sir William Gower ⁽¹⁷⁾ el conocido neurólogo inglés, considera como inevitable la incertidumbre siempre presente en la práctica médica. A este respecto son orientadoras sus palabras: “Debemos recordar siempre que la adecuada valoración de todas las evidencias

clínicas es lo que determina el diagnóstico. ...Las Ciencias cuyo objetivo es el estudio de las enfermedades trabajan fundamentalmente con probabilidades y es así, especialmente en lo que se refiere a la Medicina Interna. ...La probabilidad varía en grado, pero nunca puede llegar a la certeza completa. ...Debemos aprender a tomar la probabilidad como nuestra guía. Como médicos debemos actuar. Para actuar debemos decidirnos y para decidirnos debemos valorar las evidencias que poseemos y tomar lo probable como si fuera cierto; algunas veces nos equivocaremos, pero generalmente lograremos acertar; si vacilamos demasiado entre dos opiniones nunca podremos actuar". Para concluir es necesario repetir lo que se ha dicho en múltiples ocasiones: la enfermedad es solo un aspecto del problema que presenta el hombre enfermo. La labor del médico estaría incompleta si no intenta comprender al paciente como persona y a este respecto es pertinente recordar de nuevo a Henrique Benaim ⁽¹⁶⁾ " Yo creo que el error está en el punto de vista asumido por el médico; si éste considera que lo único interesante es la enfermedad neurológica o lo que fuera, entonces es eso lo que va a constar en la historia y todo lo demás es como si no existiera, de modo que va a mutilar ampliamente un sector del ser humano que va a desaparecer como persona".

Referencias

1. Elstein S, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ* 2002; 324:729-732
2. Bowen JL Educational Strategies to Promote Clinical Diagnostic Reasoning. *N Engl J Med* 2006;355:2217-2225
3. Citado por Cogel E., Terry J. Medicine as interpretation: the use of literary metaphors and methods. *Medicine and Philosophy* 1987; 12: 205-217.
4. Lain Entralgo, P. El diagnóstico médico. Barcelona. Salvat Editores S.A. 1982.
5. Agatha Christie Asesinato en la calle Hickory. Barcelona. Editorial Molino. 1944
6. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Medical Education* 2004; 39: 98-106.
7. Schmidt HG, Remy MJ. How expertise develops in medicine: knowledge encapsulation and illness script formation. *Med Educ* 2007; 41: 1133-1139.
8. Borges I. J. El proceso de razonamiento diagnóstico. Nuevos planteamientos. *Gaceta Médica de Caracas*. 1999 (Nº 3):212-2216
9. Rodelmeier DA The Cognitive Psychology of Missed Diagnoses. *Ann Intern Med* 2005; 142: 115-120
10. Charlin B. Boshuizen H. Curters EJ. Feltovich Pj. Scripts and Clinical Reasoning 2007: 41;1178-1184
11. Lehrer J. How we decide. Houghton Mifflin Harcourt. N.Y. 2009
12. Gatens-Robinson E. Clinical judgement and the rationality of the human Science. *Medicine and Philosophy* 1986; 11: 167-178
13. Borges-I J. de-Bastos M. Cotúa M. Situaciones Clínicas en Neurología. Universidad Central de Venezuela CDCH. Caracas 2007.
14. Mamede S. Schmidt HG. Penaforte JC. Effects of reflective practice on the accuracy of medical diagnosis. *Medical Education* 2008; 45: 468-475
15. Graber ML Franklin N Diagnostic Error in Internal Medicine. *Arch Intern Med*. 2005; 165: 1493-1499
16. Borges-I. J. Henrique Benaim Pinto y la entrevista centrada en el paciente. *Gaceta Médica de Caracas* 1993; 101: 286-288
17. Citado por Critchley M. Sir William Gowers. A Biographical Appreciation. William Heinemann Medical Books LTD 1949

NOTA: Toda la información que se brinda en este artículo es de carácter investigativo y con fines académicos y de actualización para estudiantes y profesionales de la salud. En ningún caso es de carácter general ni sustituye el asesoramiento de un médico. Ante cualquier duda que pueda tener sobre su estado de salud, consulte con su médico o especialista.