

CAPÍTULO 2

Razonamiento clínico y diagnóstico sindrómico

Daniel Aimone

El proceso del diagnóstico es el elemento central, a partir del cual se basan todas las conductas posteriores de la práctica clínica.

Revisaremos algunos de los elementos que intentan explicar el modo en que el razonamiento clínico lleva adelante la tarea del diagnóstico, tres grandes pasos bien definidos permiten agrupar el proceso:

- a) Comunicar: Lograr establecer una adecuada relación médico-paciente, basada en la empatía que es el camino inicial y básico para obtener información del paciente.
- b) Interpretar: Lograr interpretar toda la información en la suma de la anamnesis síntomas, signos, y que es la base de la solicitud de los exámenes complementarios (complementarios de una idea diagnóstica que se va construyendo) como así posibilidades pronósticas, que pueden ir modificándose a lo largo del proceso.
- c) Agrupar en síndromes: Esta agrupación por similitud de signos y síntomas es el nudo sobre el cual el proceso del Razonamiento clínico obtiene más beneficios ya que ayuda a sistematizar la información obtenida y gatilla el proceso deductivo encadenando los procesos fisiopatológicos.

Podemos clasificar el proceso diagnóstico en diferentes tipos según los elementos que priorice.

1.- Diagnóstico Sindrómico. Luego del proceso inicial una vez identificados los síntomas y signos, se hace necesario el plantear los Síndromes que presenta el paciente y justifiquen los elementos sintomáticos de cada uno de ellos.

Puede darse en ocasiones la coexistencia de más de un síndrome en el paciente y debemos esforzarnos en encontrar alguno que sea capaz de contenerlos o explicarlos en su conjunto. Los síndromes deben plantearse por orden de mayor a menor importancia o interdependencia, esto facilita la discusión de las posibles etiologías.

Esto se construye mediante la eliminación razonada de aquellas entidades que constituyen etiologías dentro del síndrome o los síndromes planteados, dejando para el siguiente paso aquellas que a nuestro juicio justifican el cuadro del paciente en discusión.

Se trata entonces de excluir entidades que pueden confundirse con el cuadro del paciente. Esta es quizás la parte más importante de la discusión diagnóstica. Recordemos que en esta parte tienen mucho valor algunos datos recogidos en la Historia Clínica del paciente: antecedentes patológicos, cirugías previas, alergia a medicamentos, elementos epidemiológicos, ocupación, todo lo cual puede ayudar en descartar etiologías.

2.- Diagnóstico Nosológico. Es la conclusión sobre cuál o cuáles son las patologías que presenta el paciente, justificando cada una de ellas con los elementos clínicos, epidemiológicos que defienden lo concluido.

Existen entidades que son amplias y abarcadoras de varias posibilidades etiológicas, etiopatogénicas o fisiopatológicas (por ejemplo, las anemias, la Insuficiencia Cardíaca, las ictericias, las diarreas, etc.), que obliga pues a realizar un diagnóstico etiológico, etiopatogénico o fisiopatológico. Recordemos que esto es fundamental para establecer después la estrategia terapéutica.

3.- Diagnóstico Topográfico. Es preciso en algunos procesos patológicos establecer la localización anatómica o topográfica del mismo, en tanto refleja la expresión de algunos síntomas que pueden variar entre pacientes con la misma enfermedad.

Estos síntomas que son expresión de la localización del proceso nos ayudan a establecer la topografía (por ejemplo: lesiones neurológicas degenerativas, accidentes cerebro vasculares, localización de obstrucción de vías biliares, localización de adenopatías en los Linfomas que permiten obtener biopsias etc.).

El diagnóstico topográfico permite tomar conductas posteriores, Posibilita también establecer el pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

Otro paso de gran importancia, como de describió, consiste en el pronóstico.

- Establecer el Pronóstico. Es necesario establecer el pronóstico de la enfermedad. Esto depende de una multiplicidad de factores, (forma clínica, condición del paciente, evolución, respuesta a la acción terapéutica, enfermedades asociadas, estado inmunitario, etc.).

Es necesario establecerlo a corto, mediano o largo plazo en dependencia de la enfermedad que se trate. El pronóstico es individual y no debe repetirse el mismo en diferentes pacientes con la misma enfermedad.

- Establecer la Conducta. La conducta tiene dos finalidades: diagnóstica y terapéutica.

Conducta diagnóstica: Consiste en plantear que estudios complementarios contribuirán a confirmar la hipótesis diagnóstica y (esto se basa en dos parámetros: Sensibilidad y especificidad como así también en Costo beneficio. Es fundamental saber lo que se busca para elegir aquel estudio que me dará la información más relevante.

Conducta terapéutica: Son las acciones terapéuticas para emprender basándose en el diagnóstico. No consiste en describir el tratamiento impuesto, sino en enumerar las acciones terapéuticas que se van a emprender con el paciente. Es el punto de partida para seguir la evolución de este, evaluando la respuesta terapéutica –entre otros aspectos-.

Por último reflexionaremos sobre una práctica, que ofrece gran valor y es enriquecedora para los participantes:

Discusión clínica

Hay situaciones clínicas muy frecuentes en la práctica médica que requieren de un enfoque diferente. Se trata a menudo de pacientes con enfermedades en las cuales hay que discutir la causa de su descompensación, inestabilidad, descontrol, complicaciones o empeoramiento en su evolución.

Se debe recordar también que existen en medicina factores desencadenantes, precipitantes y agravantes. Ejemplo: Un paciente diabético conocido es un caso en el cual hay que discutir estados que fomentan hiperglicemia, como el aumento de la ingesta dietética, limitación de la actividad física, reducción del tratamiento hipoglicemiante, falta de disponibilidad del medicamento, infecciones, isquemia o infarto del miocardio o de otros tejidos, interacciones farmacológicas, etc.

En la edad geriátrica a veces no se cumple una sola afección que justifique todo lo del paciente. Se debe recordar que en el anciano existe lo que se conoce como Síndrome de patología múltiple; por lo que se debe discutir los casos teniendo en cuenta los grandes Síndromes del anciano. En el caso de estados confusionales agudos, se debe recordar que existen detonadores de los mismos como infecciones, trastornos hidroelectrolíticos, interacciones farmacológicas, etc.

Es el caso de un paciente que tiene solamente un síntoma o signo; en este caso no puede seguirse el esquema partiendo de un síndrome. Entonces la discusión se centra en la discusión semiológica de dicho síntoma.

En otras ocasiones existen Discusiones Diagnósticas centradas en resultados de exámenes complementarios donde el paciente en cuestión no tiene síntomas. Es el caso, por ejemplo: discutir una imagen nodular pulmonar de aparición incidental en una radiografía de Tórax una eosinofilia; una pancitopenia como hallazgo de un hemograma una; una serología reactiva; etc.

El rescate del Método Clínico, como herramienta fundamental e integradora constituye una guía en la conducción del proceso de formación del médico.

Referencias

- Coderre, S., Mandin H., Harasym PH., Fick GH. *Diagnostic reasoning strategies and diagnostic success*. Med Educ 2003; 37 (8): 695-703.
- Estañol-Vidal, B., Cárdenas-Molina, E. *El razonamiento clínico y la hipótesis diagnóstica*. An Med Asoc Med Hosp ABC 1996;41(2):78-82.

- Pérez-Ransanz, A. *La dimensión afectiva de la racionalidad*. Representaciones 2005;1:121-134.
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=84857>
- Villarroel, J., Ribeiro, Q., Bernal, N. Razonamiento Clínico: Su Déficit Actual y la importancia del aprendizaje de un Método durante la formación de la Competencia Clínica del Futuro Médico. Rev Cient Cienc Méd 2014; 17 (1): 29-36. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1817-74332014000100009&script=sci_abstract
- Croskerry P. A universal model of diagnostic reasoning. Acad Med 2009; 84: 1022-8.
- Gormaz, C., Brailovsky, C. Desarrollo del razonamiento clínico en medicina. REDU: *Revista de Docencia Universitaria* 2012; 11 (1): 177.