



VIVIR SIN ETIQUETAS Y ACEPTAR LOS PROBLEMAS DIAGNÓSTICO

Palabras claves: etiquetas, problemas diagnósticos.

Este artículo se basa en un escrito presentado por una médica residente de medicina interna del Massachusetts General Hospital (Boston) en el NEJM, donde se hace referencia a las vivencias cotidianas de los médicos y presenta una reflexión sobre las etiquetas que los médicos ponemos a nuestros pacientes y luego la dificultad en cambiar diagnóstico o realizar re-evaluaciones, o en algunos casos la imposibilidad de dar un diagnóstico de certeza.

Comentarios sobre el tema enviarlos al siguiente dirección de e-mail: info@intermedicina.com, y serán publicados al final del mismo.

Living Unlabeled — Diagnosis and Disorder
Lisa Rosenbaum, M.D.

Estoy al final del segundo año de mi residencia, y por 2 años he tenido dolores en mi cadera izquierda. Estaba convencida que este dolor era injuria por abuso por correr, pero correr es mi antídoto para cualquier vida con stress; la residencia ha hecho a esta salida aún más crucial. Aunque el dolor no ha interferido con mi habilidad para trabajar, sentarme en aviones es insoportable, sentarme en restaurantes es tolerable únicamente si mantenía la mitad de mí más abajo y fuera de la silla, y mis salidas a trotar se deterioraron hasta caminar a rastras. Esto es remarcable como tanto una residente puede ir sin sentarse. Pospuse por 15 meses antes de ver un ortopedista, y me tomé 9 más antes de realizarme la RNM que él ordenó. Ayer, yo finalmente tuve que hacérmela.

Hoy, fácilmente lo pongo fuera de mi mente mientras sigo corriendo a través de los pasillos del hospital, el cuál, desde mediados de junio, se llenan con la energía de internos recién ingresados. Viéndoles, recuerdo la dinámica y el terror del inicio de la residencia, y mi primera noche en ser requerida. Mi primera admisión fue una mujer joven con una erupción por sulfas. Aunque tres personas diferentes me anunciaron que estaba equivocada antes de que ella llegara a su habitación, fui alegremente con la ilusión de realizar mi primer diagnóstico como doctora. Discontinué el antibiótico. Y aunque el resto de la noche fue un circo, me sentía, momentáneamente, como un genio.

Ahora, el diagnóstico exacto y rápido de dolencias comunes ha llegado a ser tan fácil que he perdido lo altamente asociado. Pero tengo aún el master de oposición de aptitudes, uno no cuenta típicamente entre los triunfos del entrenamiento: dar de alta un paciente sin diagnóstico. Es pequeño el sitio para la incertidumbre diagnóstica en los sistemas del hospital donde nos entrenamos. Nunca he escuchado a un médico nostálgico jactarse sobre la primera vez que no ha tenido un diagnóstico que ofrecer a un paciente. Pero el diagnóstico por el objetivo del diagnóstico puede ser un enfermo en su propio derecho.

A menudo, un diagnóstico empieza con el paciente que entra a su consultorio con una preconcepción. El Sr. Jackson es un paciente que sigo en mi control clínico de atención primaria una vez por semana. Lo vi la semana pasada por una larga lista de preocupaciones. El había notado una sensación divertida, rápido remolino de sangre en su cabeza cuando estaba manejando y cuando estaba enojado, en los últimos 10 años. El pensaba en esos síntomas y concluía que podía tener un aneurisma cerebral. También observaba que su orina era burbujeante esos días y cambiaba de colores. No, esto no es rojizo, ni tampoco oscuro. Su orina era azul, más bien, eran grumos azules. Entonces imprimió de internet con el encabezado de "Prostatitis". Nosotros estábamos trabajando sobre su próstata en la última visita; su próstata estaba muy bien. Los grumos azules son bastante inusuales que me obligan que investigue si su visión estaba OK. Su visión era muy buena, pero desde que pregunté, el me quería hacer saber que algunas veces se palpaba áreas entumecidas alrededor de sus ojos. Y no, el Sr. Jackson no tomaba la medicación antihipertensiva que le prescribí, porque el pensaba que no tenía hipertensión arterial. En los 2 años de interacciones similares, la hipertensión era el único problema médico que le había diagnosticado.

Aunque yo tenía el 99% de seguridad que todos sus síntomas eran benignos, hoy el Sr. Jackson les ha dado una etiqueta, que sube la apuesta; que se construyó aquí. ¿Como podía probar que el no tenía un aneurisma cerebral? Mi certeza era poca, cuando una TAC con contraste EV es citado en Internet como el gold-standard (patrón oro) para el diagnóstico. Y aún si conseguía la TAC y certificaba su autodiagnóstico, nosotros podríamos descubrir un "incidentaloma," el cuál podría traducir en otro ítem en su lista de problemas. La etiqueta que nosotros le pusimos de hallazgo incidental puede hacernos repetir el scan en un intervalo regular, pero también esto puede eternizar el problema (como borrar esto de su registro médico electrónico) y enviarlo con otra enfermedad. Indicarle la exposición a radiación, el costo del sistema de salud, y la preocupación creada por un hallazgo incidental, ordenando scans por un diagnóstico altamente improbable, no es una aproximación enteramente benigna.

Entonces me focalicé en la orina, y ordenaré un simple análisis de orina, para tranquilizar a ambos, a él, y al mismo tiempo a mi misma. Los pacientes que reportan múltiples síntomas, pueden estar enfermos como cualquier persona; apenas acuden al doctor más a menudo. Puede ser que esté perdiendo proteínas en su orina. Pero inmediatamente se frustró mi intento conservarlo sin etiqueta, pero la solicitud del laboratorio requiere un diagnóstico. Sin un diagnóstico, el laboratorio no procesa la muestra y el hospital no puede facturar. No existe un código diagnóstico para grumos o manchas azules en orina, ni tampoco algo que indique "desconocido". El código diagnóstico para "prostatitis" es muy tentador. Y el papeleo que demanda un diagnóstico no para allí: antes que el paciente se retire, yo debo completar un formulario impreso. Ahora debo agendar una hora pero sin colocar un diagnóstico, no puedo seguir con el próximo paciente hasta tener nombrados cada síntoma

reportado por el Sr. Jackson. Esto es como los médicos cobramos. No hay reintegros por dejar diagnósticos indefinidos.

Cada paciente acarrea un diagnóstico, la manera que procesamos y comunicamos la información en nuestro sistema sanitario puede hacer que la etiqueta sea la parte más importante de la identidad de paciente como la edad y sexo. Durante el período de capacitación, uno de mis amigos presentó una admisión de la noche en el pase de sala: "Este es un hombre de 55 años de edad con cirrosis, referido al hospital con estado mental alterado". El detalló los eventos relevantes que condujeron a esta hospitalización, hallazgos actuales, y finalmente, su valoración, ampliamente conducido por los datos salientes que su paciente tenía cirrosis. Cuando el finalizó, los médicos presentes preguntaron al equipo para identificar los signos y síntomas de cirrosis. "Este paciente tiene cirrosis?" el preguntó.

La respuesta fue un rotundo no. Y durante años, el paciente había sido etiquetado como cirrótico y tratado en consecuencia. Con nuestro sistema médico electrónico, es aún más difícil escapar a estas etiquetas, pues son copiados y pegados por médicos atosigados, cargados en nuestras listas de problemas, y luego transferidas a nuestras notas. Estas listas aparecen en las pantallas de las computadoras y, en su original, letras en negritas, de algún modo se ven mucho más definitivo que las palabras utilizadas en los garabatos de manuscritos notoriamente ilegibles. Veo el mismo fenómeno todas las veces para pacientes diagnosticados con "asma" que nunca tienen pruebas de función pulmonar o pacientes con "alergias a drogas" que han simplemente experimentado efectos adversos esperados a los medicamentos. Entonces como tratar a este paciente de buenas a primeras como no cirrótico? "Figura en el registro", el muy atento declaró.

Pero que figure en el registro médico no es enteramente curativo. Los pacientes, también, se aferran a sus diagnósticos. Mi padre, reumatólogo, me contó recientemente sobre la Sra. Belmont, una paciente derivada con un diagnóstico de lupus de mucho tiempo. El lupus es un diagnóstico clínico, que resulta de una constelación de síntomas y usualmente es respaldado por pruebas de laboratorio. Después mi padre tomó cuidadosamente su historia y la examinó, y le brindó su opinión de experto: "Es improbable que usted tenga lupus". El lupus es una enfermedad terrible, que disminuye la expectativa de vida en años y requiere drogas inmunosupresoras potentes para resguardar órganos blanco. Yo pienso que cualquiera debería alegrarse de escuchar esa noticia. Pero la Sra. Belmont estaba devastada. Ella rechazó la posibilidad de no tener lupus. Por 20 años le han dicho eso a ella. Y si ella no tenía lupus, qué explicaría todas sus severas dolencias?

Cuando yo acudo por mi dolor de cadera, yo también sé que puedo estar equivocada. Pero, sin una etiqueta, yo lo justifico como usual. Yo corro, lentamente, e ignoro el dolor. Pero en el momento que entré en el túnel estrecho del resonador, mi dolor empeoró. Ahora esta alrededor de mi ingle. Quizás estoy loca, pero mi cadera derecha parece estar dañada. Y mintiendo no logro nada, yo desarrollé una agradable sensación de remolino de sangre en mi cabeza, asociada con una visión de meses en muletas o una vida en una pileta de natación (odio la natación).

Como imagino (y resisto) la posibilidad de una interpretación definitiva de mi problema, recuerdo un concepto de química que yo siempre tengo que encontrar la solución y la validación personalmente: la entropía, la tendencia de realizar cualquier movimiento ordenado espontáneamente en un estado de desorden. Si la entropía es un estado natural del universo, yo tengo siempre ese interrogante, porqué nuestras mentes y la evolución de la psiquis deben ser intolerantes al desorden? Claramente, el desorden es igual a desconocido y esto es más cercano a incertidumbre. En medicina, el diagnóstico puede crear el orden

fuera de la incertidumbre. Pero el impulso de saltar del orden al caos no siempre es beneficioso.

Después de mi resonancia, esperé 19 horas. Y entonces, con mi corazón palpitando, me registré en nuestro sistema computarizado del hospital para ver mi informe. Antes de clicar en mi propio nombre, me ocupé del seguimiento de algunas pruebas de laboratorio de mis pacientes y de cambiar la estatina a otros. Entonces contesté una página, y con un deseo de mi negación basal, comencé a caminar fuera del cuarto. Olvidé mirar mis resultados. Luego sentí un dolor agudo en mi ingle que me recordaba que tenía que volver. Retorné a mi computadora y cliqueé sobre mi nombre. El reporte decía, "Examen completado, reporte no disponible". Yo me emocioné; por unas pocas horas más, yo podía continuar con mi rutina en una dichosa ignorancia.

Este es un momento, antes que desarrolle cualquier nueva capacidad médica, cuando la certeza nunca vendrá. Como encaré mi obligación de alcanzar el título de "médico senior", me cuestioné si sabía lo suficiente como para guiar a mis nuevos internos a mi cargo. Me esperancé con tener el privilegio y la confianza de dar un paso hacia atrás y permitirles el ritual de pasar esa condición, incluyendo realizar sus primeros diagnósticos. Pero también la esperanza que cuando me convoquen a la cabecera de un paciente y no pueda entender exactamente cuál es incorrecto, no sea demasiado orgullosa para ofrecer una habilidad diferente: de aceptar la incertidumbre. Yo tengo la esperanza de ser capaz de enseñar el coraje de decir, simplemente, "No sé".

DIC-08

Bibliografía:

1. Rosenbaum L. Living unlabeled--diagnosis and disorder. *N Engl J Med.* 2008 Oct 16;359(16):1650-3