

---

## DETECTIVES DEL CUERPO: FORMAS LÓGICAS ATAVIADAS CON BATA BLANCA

PAULINA CAMARENA PALACIOS MACEDO

No parece demasiado aventurado afirmar que uno de los géneros narrativos más exitosos es el que adopta características detectivescas; es difícil no dejarse atrapar por la intriga de conocer al culpable y enterarse de las minucias relativas a la comisión del crimen. El enigma requiere una promesa de solución condimentada por la justa dosificación de las pistas que permiten dilucidarlo, goteo que provoca un *crescendo* en la estructuración de las conjeturas.

Aun así, por más que el releer una novela de misterio carezca del deleite que provoca especular sobre posibles malhechores (a menos que el lector goce de una memoria desaventajada), siempre resulta fascinante conocer cómo fue que el protagonista llegó al diagnóstico correcto. Resulta insuficiente el escrupuloso registro de las observaciones; se necesita una peculiar articulación de las mismas para poder dar en el calvo, y en dicha articulación son esperables grandes dotes de sabiduría, información previa que permita darle sentido a lo observado, aunque sin duda lo que impresiona no es únicamente tal cúmulo de conocimiento. El ingenio, la creatividad en el tejido de los datos, es por mucho lo que seduce de estos personajes. Quizá a esta cualidad es a lo que deba llamársele “ojo clínico”.

Es antintuitivo en alto grado cuestionar que el razonamiento médico encarna formas abductivas. Cada paciente se presenta al consultorio con un manojo de datos que permiten aventurar una serie de hipótesis diagnósticas, y entre tales hipótesis ha de elegirse alguna para poder instaurar el tratamiento.

En el quehacer médico actual, lo anterior se encuentra representado por una serie de entidades nosológicas cuyo diagnóstico sólo puede concluirse por exclusión. El síndrome de la muerte súbita del lactante, denominado coloquialmente “muerte de cuna”, únicamente es diagnosticado cuando se descarta cualquier otra causa de muerte por medio de un estudio necropsico, de investigación del entorno y de revisión de los antecedentes

---

Instituto de Investigaciones Filosóficas, Universidad Nacional Autónoma de México. /  
camarena.paulina@gmail.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.ludusvitalis.org/debates](http://www.ludusvitalis.org/debates).

e historia clínica. Mediante exclusión también se diagnostican la colecistitis crónica alitiásica <sup>1</sup>, el ictus cardioembólico <sup>2</sup>, la sarcoidosis <sup>3</sup> y el sangrado uterino disfuncional <sup>4</sup>, por mencionar sólo unos cuantos ejemplos. En todos estos casos, el conjunto de síntomas y signos manifestados por el paciente no pueden ser explicados por ninguna de las hipótesis diagnósticas alternativas que en los libros de texto médicos se enlistan bajo el rubro de “diagnóstico diferencial”.

Cabe aclarar que lo mencionado en los párrafos anteriores no tiene intenciones de sobresimplificar el razonamiento médico que lleva al diagnóstico, ni mucho menos pretende trivializar los esfuerzos orientados a la comprensión de dicho fenómeno. Es mucho lo que falta por aclarar y ciertamente no carece de interés. En lo particular, la perspicacia para la resolución de problemas, esa aparente magia en el acierto, es un tema que ha robado no pocas horas de mi atención. Además de las evidentes ventajas que podría reportar la cabal comprensión del razonamiento clínico en cuanto a su potencial impacto sobre la atención sanitaria, al permitir su sistematización y depuración, es claro que los progresos en la dilucidación de este fenómeno redundarían en beneficios de translocarse hacia una esfera más amplia: la constituida por los estudios destinados a explicar el funcionamiento de la mente humana.

Muy en lo concreto, encuentro ya de considerable utilidad explicar que en el establecimiento del diagnóstico médico se incorporan procesos abductivos: De hacerse generalizada la conciencia de falibilidad que se sigue del empleo de formas lógicas que sólo pueden afirmar posibilidad, podría esperarse un cambio en la expectativa de los enfermos que acuden a solicitar atención en busca de un diagnóstico certero. Que no se me malinterprete y se piense que busco justificar la incompetencia o la negligencia, tan solo busco subrayar un muy actual foco de tensión en la práctica médica, en gran medida consecuencia del avance tecnocientífico y de la particular manera en la que éste es percibido e interpretado por nuestra sociedad.

Es también interesante mencionar que el procedimiento de especulación y descarte ocurre a distintos niveles del acto diagnóstico. En la atención clínica, la ortodoxia dicta que primero ha de efectuarse un interrogatorio completo sobre el malestar que aqueja al paciente, para después proceder a la exploración física y por último a la solicitud de pruebas diagnósticas complementarias. De esta manera, los datos colectados durante el interrogatorio permiten la emergencia de cierta cantidad de hipótesis diagnósticas, cantidad que se irá reduciendo conforme la inspección, palpación, percusión y auscultación, tétrada elemental de la exploración clínica, arrojen nueva información. Finalizado el interrogatorio y la exploración, las pruebas paraclínicas (de imagen, de laboratorio o funcionales) serán el siguiente derrotero de las opciones diagnósticas que aún

permanecían en pie. En ocasiones, será el curso de la enfermedad a lo largo del tiempo lo que oriente el diagnóstico, en otras, una observación registrada durante la exploración o un dato proporcionado por pruebas de laboratorio obligarán se retroceda un nivel, emergiendo la necesidad de reinterrogar al paciente o de realizar una nueva maniobra exploratoria; esto siempre con el objeto de incrementar la información para apoyar o desechar alguno de los diagnósticos diferenciales que corresponden a un cuadro clínico dado<sup>5</sup>.

Sin embargo, no ocurre que el descarte de hipótesis diagnósticas se haga exclusivamente por medio de razonamientos deductivos, de la misma forma que no puede esperarse que el comportamiento diagnóstico cotidiano sea homogéneo y estrictamente protocolario. Abundaré a continuación sobre el último punto, dejando para después un comentario sobre las distintas operaciones que intervienen en la construcción de una conclusión diagnóstica.

El estudio de la conducta y el razonamiento se encuentran irremediablemente vinculados. Cierto es que nuestro conocimiento sobre el pensamiento humano ha de hallar correlación empírica con las pautas de acción (u omisión) de los individuos de nuestra especie, incluyendo aquellas de carácter verbal. No obstante, es igual de cierto que la complejidad de factores que intervienen en la conducta humana obstaculiza las traducciones inmediatas comportamiento-razonamiento. De omitir la consideración de alguno de estos factores es posible que se obtengan conclusiones un tanto apresuradas. Para el caso que nos ocupa, pudiera ocurrir que no se estén contemplando con detenimiento aspectos relacionados con la dinámica social y pedagógica intrahospitalaria. En la comprensión de lo ajeno, los procesos de aculturación han causado no poca polémica en tanto que impedimentos metodológicos a menudo considerados insoslayables, por no mencionar los conflictos que acarrearán las reflexiones en torno a la observación participante. En este sentido, conviene recordar las críticas realizadas a la etnografía de la ciencia propuesta por Bruno Latour en su *Ciencia en acción* (Latour 1992), así como el texto de Alan Sokal y Jean Bricmont (1997) en el que se señala un conflicto frecuente en los estudios filosóficos sobre la ciencia: el resultante de analizar desde la filosofía conocimientos científicos que no se dominan por completo (de lo que Latour también es acusado).

Postular que las sesiones generales de hospital representan vívidamente el acto diagnóstico que constituye la práctica médica cotidiana pudiera homologarse a sostener que la investigación científico-tecnológica actual se encuentra plasmada en los artículos publicados en revistas indexadas. Las sesiones generales de hospital hoy en día cumplen funciones primordialmente didácticas y disciplinares, y no representan un acto diagnóstico comunitario. Una lectura cuidadosa de la detallada descripción que se

presenta sobre las mismas en "Medicina y lógica" (Rodríguez de Romo, et al. 2008) podría apoyar el enunciado anterior.

En tales sesiones, las distintas jerarquías se exhiben sin miramientos y ralla en lo inaudito que un subordinado cuestione la opinión o proceder de su superior. De ocurrir, es de esperarse que el trasgresor halle consecuencias en la asignación de sus labores. Incluso es frecuente que el trabajo que implican las presentaciones propias de una sesión general de hospital (revisión monográfica, resumen del expediente clínico del caso) constituya un castigo para un aprendiz poco disciplinado. Debe recordarse que el expediente clínico es un documento legal, en el que se sustentan los litigios referentes a la malpraxis médica. No carece de efecto exponer públicamente un error factible de ser castigado legalmente, y aunque el gremio suele ser protector con sus integrantes, el descrédito al interior tiene un impacto no poco considerable. A menudo, las pugnas sociales intrahospitalarias son observables a través de las intervenciones, preguntas y comentarios en torno al caso clínico presentado; esto puede resultar casi un espectáculo para los estudiantes que conocen en detalle los movimientos de su institución formativa. Lo precedente deriva en la posibilidad de discordancia entre lo expuesto en la sesión y lo que realmente ocurrió en la atención al enfermo.

En adición, se debe observar otra posibilidad de sesgo derivada de preguntar cuáles son los casos que encuentran foro en una sesión general de hospital. Ciertamente no se trata de una selección que represente la normalidad. En mi experiencia, y dependiendo de la institución de la que se trate, se eligen problemas clínicos de ambos extremos de la curva de distribución: los extremadamente fáciles de resolver, dirigidos al aprendizaje de los iniciados, y los que por su dificultad saltan a la vista, más indicados para los estudiantes avanzados e incluso para estimular la actualización y formación continua de los médicos adscritos. En este último caso, suele ocurrir que la función didáctica no consista en mostrar un ejemplo a seguir en el proceder diagnóstico y terapéutico, sino dictar cómo sería deseable, desde el conocimiento médico actual, que se hubiera abordado el problema. También ha de considerarse que las sesiones generales de hospital no serán las mismas en una institución clínica de tercer nivel, correspondiente a cualquier hospital de especialidades médicas, comparadas con las que se presentan en un hospital de distinta categoría.

Me gustaría subrayar un punto al que podría no habersele prestado suficiente atención: las sesiones generales de hospital muestran un análisis retrospectivo de los casos clínicos presentados, y en la exposición se muestra un procedimiento diagnóstico y un abordaje terapéutico que ya han sido llevados a cabo. En el momento de la puesta en escena ya han sido tomadas un sinúmero de decisiones clínicas, y el resultado de las sesiones generales de hospital muy difícilmente provocan un cambio en

el proceder a futuro con respecto al paciente; se trata de ejercicios de legitimación.

En lo antes mencionado, como en lo que sigue, se evidencia la necesidad de una perspectiva interdisciplinar para el abordaje de muchos los problemas que atañen a la filosofía de la ciencia. Contemplemos ahora brevemente lo referente al razonamiento involucrado en el acto diagnóstico.

Por poner un ejemplo mucho más sencillo que el presentado en el artículo que aquí se comenta, se descartará la hipótesis diagnóstica de amigdalitis infecciosa, por más odinofagia <sup>6</sup>, fiebre, escalofrío y malestar general que reporte el paciente, si en la exploración no se observa inflamación amigdalina o si en la historia clínica se registra el antecedente de resección amigdalar. Aun así, el conocimiento médico permite hacer deducciones tan tajantes sólo en algunas ocasiones.

La anemia se caracteriza por provocar debilidad progresiva, un descenso considerable en la hemoglobina puede provocar la postración en cama, aunque es posible observar pacientes que presentan una reducción del 50 por ciento o más en los niveles de esta proteína transportadora de oxígeno y que se encuentran deambulando tan tranquilos por los pasillos del hospital. La ausencia de debilidad no nos permite descartar la anemia. De igual forma, la cefalea y el aumento de la presión intracraneal son datos característicos de las masas intracraneales, pero no es excepcional diagnosticar tumores cerebrales en pacientes que nunca presentaron dolor de cabeza (el umbral y la experiencia del dolor son fenómenos harto difíciles de explicar), y un aumento leve a moderado en la presión intracraneal puede compensarse por los mecanismos homeostáticos del organismo, que provoca a lo más sintomatología muy inespecífica y hace factible que pase inadvertido. En general, los datos que se obtienen mediante anamnesis, exploración y pruebas paraclínicas diagnósticas aumentan o disminuyen la probabilidad de que el cuadro se corresponda con un diagnóstico específico; las deducciones (certainas por definición) que permiten rechazar la existencia de una enfermedad no representan la normalidad. Los resultados de imagen y laboratorio tienen un margen de error, y no debe olvidarse que la investigación médica destinada a demostrar la utilidad de una prueba diagnóstica se basa en parámetros estadísticos. En las sesiones generales de hospital de especialidades que así lo permiten, siendo la psiquiatría un buen ejemplo de excepción, el estudio histopatológico suele tener la última palabra. Amén de la historia clínica y los estudios de laboratorio o imagen, el veredicto final suele ser enunciado por los patólogos que efectuaron la necropsia o examinaron una biopsia del tejido afectado. No obstante, los resultados presentados no carecen de la posibilidad de equivocación, pues siempre se tratará de interpretaciones sobre lo observado al microscopio, las que se apoyan en parámetros dictados por investigaciones que a su vez son falibles.

Son estas y otras peculiaridades respectivas al saber y proceder médico las que pueden provocar incomodidad al analizar el texto presentado por los autores. Como lo menciona el doctor Alberto Lifshitz (2009), los síndromes son meras aglutinaciones de síntomas y signos que se explican por un proceso fisiopatológico común. Esto es, hay alteraciones fisiológicas básicas que se traducen en un mínimo de manifestaciones clínicas relativamente constantes y, por convención, la presencia de dichas manifestaciones indica la existencia del síndrome en cuestión. Por ello resulta incorrecto aseverar que los síndromes causan signos y síntomas. Podrá especularse sobre la entidad nosológica de fondo que provocó el proceso fisiopatológico, pero si un síndrome A se define por la presencia de  $X+Y+Z$ , y un paciente presenta X, Y y Z, entonces se concluye por deducción que el diagnóstico a nivel sindromático es A.

Como última anotación, consideremos el diagnóstico final: la degeneración cerebelosa praneoplásica ocasionada por el tumor tiroideo. Llama la atención que, previo al hallazgo del tumor tiroideo, se descarta una enfermedad *degenerativa* del cerebelo partiendo de que la paciente no consume alcohol ni medicamentos capaces de provocar degeneración cerebelosa, y sin embargo en la página siguiente se concluye *degeneración cerebelosa paraneoplásica*. Son muchas y muy diversas las causas de degeneración progresiva del tejido y las estructuras cerebelosas, entre ellas se encuentra el abuso en el consumo de alcohol y ciertos fármacos, los efectos tumorales a distancia y también algunas infecciones y alteraciones metabólicas hereditarias. Esto apunta a que, en el caso expuesto, se pudo haber descartado un origen alcohólico o farmacológico de la degeneración cerebelosa, pero en ningún momento se debió haber rechazado un padecimiento degenerativo del cerebelo, como contradictoriamente se muestra en el diagnóstico final.

La filosofía de la ciencia es un campo de estudio que frecuentemente adolece de vinculación teórico-práctica, y toda tentativa de integración metodológica en este sentido debe ser bienvenida. Son muchas las investigaciones teóricas que en ningún momento dan una oportunidad a la empiria, aun a riesgo de alentar el paso o dar rodeos de dudosa utilidad. Por el lado contrario, un gran número de problemas prácticos podrían beneficiarse de una reflexión teórica cuidadosa. De lograrse dicha integración, aunada a la propia de la interdisciplina, auguro un futuro prometededor para los estudios que buscan comprender los virajes del razonamiento humano, ya sea clínico o de cualquier otro tipo.

## NOTAS

- 1 Inflamación crónica de una vesícula biliar que no presenta litos a su interior.
- 2 Accidente cerebrovascular de tipo isquémico, esto es, por disminución en el aporte sanguíneo, secundario a la oclusión de una arteria cerebral por material trombótico proveniente de las cavidades cardíacas.
- 3 Enfermedad autoinmune caracterizada por la formación de granulomas (masas esféricas constituidas primordialmente por células del sistema inmunitario) en casi cualquier órgano de la anatomía, con predominio en pulmón y ganglios linfáticos.
- 4 Incremento en la pérdida hemática procedente de la cavidad uterina que se presenta entre la menarca (primera menstruación) y la menopausia, sin ser demostrable causa orgánica que lo provoque.
- 5 Aunque la estadística lo explique sin asomo de desconcierto, puede parecer curioso que mientras mayor sea el número de posibilidades explicativas se tenga en mente, mayor será la probabilidad de que el padecimiento que de hecho aqueja al enfermo sea descubierto; y a la vez, el mayor número de hipótesis diagnósticas aumenta la probabilidad de confusión y error. En esto consiste la sensibilidad y especificidad de las pruebas diagnósticas, que son indirectamente proporcionales y se traducen en la probabilidad de que una intervención acierte en la detección o descarte de un proceso patológico, respectivamente.
- 6 Dolor a la deglución.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Latour, B. (1992), *Ciencia en acción: Cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Labor.
- Lifshitz, A. (2009), "El diagnóstico clínico frente a lo multicausal y lo probabilístico", *Ludus Vitalis* XVII (32): 419-422.
- Rodríguez de Romo, A.C; Aliseda, A. y Arauz, A. (2008), "Medicina y lógica: El proceso diagnóstico en neurología", *Ludus Vitalis* XVI (30): 135-166.
- Sokal, A. y Bricmont, J. (1999), *Imposturas intelectuales*. Barcelona: Paidós.