

La Clínica y el Laboratorio, antes y ahora

Una apreciación

A fines de la década de los 50 (en el pasado siglo de las guerras), un distinguido profesor de Clínica Médica solía hacer frecuente uso de una frase por él acuñada en algún momento de su larga carrera. La frase decía: "Cuando el laboratorio y la clínica discrepan, peor para el laboratorio". El gesto era severo, pero una luz traviesa brillaba en sus ojos. Era fácil discernir que la idea de que frente a un problema médico lo primordial para el manejo era su propio arte clínico y no el método complementario lo llenaba de secreta satisfacción. Como a veces pasa con algunos clínicos, la "Clínica" tenía nombre y apellido: el suyo (y, eventualmente, el de seleccionados *happy few*). No sólo los muy jóvenes de entonces aceptábamos el epigrama como a la vez elegante y real, y con el mismo placer que el autor; también lo hacían sus pares. Transcurridos unos cincuenta años de vida de la ciencia médica desde la algo sentenciosa sentencia, y aceptando que el citado profesor era en efecto distinguido y particularmente lúcido, no dado a alardes sin sustancia, parece especialmente indicado examinarla ahora más de cerca y establecer, si fuera posible, la lógica de su origen, al tiempo que conjeturar acerca su validez actual.

¿Cuáles son las condiciones que parecen necesarias para que la frase fuera pertinente y no un mero ejercicio de vanidad profesional (un descarrío en nada ajeno a los clínicos)?

La primera y fundamental estipulación es que eso que el profesor llamaba "la clínica" requería ser altamente fiable. Esto supone que la entrevista con el paciente debía tener tres ingredientes obligados: 1) un interrogatorio útil, 2) un examen físico real y válido, 3) un razonamiento inteligente. En otros términos, era imprescindible una historia clínica competente y objetiva, precisa y sagaz, que incluyera una anamnesis conducida con la habilidad suficiente como para recoger datos relevantes y un examen físico practicado sin cortocircuitos ni meras formalidades; y luego, en base a los hallazgos de tales procedimientos, ejecutados con destreza, la posibilidad inmediata de un ejercicio de razonamiento lógico afirmado en la experiencia y los conocimientos. Esto permitía elaborar un diagnóstico presuntivo firme y operativo. Todo el proceso, si realizado según normas y aplicado con idoneidad, no tenía por qué ser excesivamente farragoso ni prolongado. Ser clínico, y clínico competente, consistía en definitiva en el ejercicio de estas capacidades. Tales eran los principios dominantes del llamado arte del clínico.

Si esta primera condición es positiva en el sentido de que enfatiza el valor de la historia clínica como principio y fundamento del razonamiento que conduce al diagnóstico, la segunda es francamente negativa. Para que la frase que estamos analizando tuviera entidad, era además necesario que el laboratorio proporcionara datos en general exiguos y con frecuencia poco decisivos. En efecto, en la época en que la frase fue pergeñada, el laboratorio era un método auxiliar en el que apenas despuntaba el desarrollo que habría de alcanzar en años posteriores. Era, para usar la fraselogía actual, *low-tech*, esto es, moderadamente complejo, moderadamente confiable, y solo aplicable a un número limitado de situaciones clínicas. En este escenario, es evidente que la clínica, bien realizada, podía tener más validez para la conducción de un caso que un laboratorio limitado en sus posibilidades y no siempre fiable en la precisión de sus métodos. No debe extrañar entonces que muchos diagnósticos quedaran en presuntivos, esto es, conjeturas más o menos firmes; el diagnóstico de certeza solía circunscribirse a los estudios

patológicos, o con no pocas limitaciones, a los bacteriológicos. Los clínicos debían manejarse, con inusitada frecuencia (para nuestros ojos modernos), con diagnósticos apenas aproximativos, que no tenían modo de certificar y que debían conducir con una seguridad que en realidad no tenían forma de sustentar. Su autoridad, esa era la certeza de la que disponían.

Así, parece claro que la frase del distinguido profesor tenía mucho de sapiencia, cumplidos los dos requisitos que enumeramos. No es difícil imaginar, ni tampoco compartir, el desdén que podía originar la repetida frustración ocasionada por pruebas escasas y falibles y la sensatez de la advertencia para los más jóvenes.

En nuestros tiempos, ya decididamente insertados en el siglo XXI (el siglo de las...?), las relaciones de la clínica con el laboratorio han sufrido cambios sustanciales, que entrañan una modificación de la idea y las vivencias contenidas en la frase en discusión.

En el lapso transcurrido, el laboratorio ha experimentado un desarrollo excepcional, asentado en formidables progresos de la ciencia y la tecnología. Ahora es extremadamente complejo y confiable; se ha transformado en *high tech*. Cuando el laboratorio informa, sus datos sólo pueden ser ignorados a cuenta y riesgo del que los examina. ¿Y la clínica? La clínica sigue siendo, sin variantes técnicas de cuantía, la misma que con gran eficiencia practicaba el distinguido profesor de la famosa frase y la misma que practicaron antes y después que él muchos otros. Sigue siendo, en verdad, *low tech*, aunque las habilidades que requiere sean para muchos, con justicia, *high art*. A decir verdad, mientras que el laboratorio se ha jerarquizado en la escala de valores de la praxis médica, cierta evolución malsana, o directamente perversa de la vida profesional, con orígenes sociales, económicos y psicológicos (o, quizás, psicopatológicos), ha degradado el ejercicio de la clínica. La urgencia, la pérdida de habilidades (o simplemente la no adquisición de aquellas imprescindibles por una enseñanza deficiente), o la cómoda pero engañosa creencia de que el laboratorio iluminará lo que la clínica empobrecida deja en las sombras, han restado a ésta mucho de lo que puede y debe aportar al proceso diagnóstico. Esta observación, aunque tristemente cierta y producto del disgusto, es sin embargo tangencial para nuestro tema.

Aun en presencia de una aplicación adecuada de los sanos e inviolables principios de la clínica, las relaciones de ésta con el laboratorio nunca volverán a ser aquellas que dieron origen al epigrama con el que iniciamos este comentario. El laboratorio aplicado a la medicina es demasiado importante como para desdeñarlo en caso de una contradicción con lo que sugiere o indica la clínica. Ocurrida la discrepancia, puede ser peor para el laboratorio, pero también para la clínica. El primero puede señalar el camino del verdadero diagnóstico antes que la segunda empiece a moverse en alguna dirección; o puede en ocasiones marcar un rumbo equivocado. En todo caso, es totalmente cierto que es el clínico el que debe elaborar finalmente un balance crítico y razonado con los elementos que le proporcionan su propio trabajo y el del laboratorio. Pero esto es algo diferente a dar la espalda, con un encogimiento de hombros, así como así, a resultados "indóviles" del laboratorio.

Mientras tanto, los progresos del laboratorio no han sucedido sin consecuencias. Las complejidades no se han hecho esperar. El uso clínico del laboratorio moderno exige conocimientos de conceptos tales como sensibilidad, especificidad, valor predictivo y probabilidad de pre y post test. Estos últimos, al considerar la prevalencia en el escenario propio son especialmente útiles, porque se acercan al modo de razonar del clínico. Como sea, estos conceptos, no necesariamente acogedores para todos los clínicos, resultan de un intento persistente y determinado por facilitar la valoración de los resultados ofrecidos por el laboratorio. De nuevo, la situación clínica manda. Si lo que se busca es no perder un diagnóstico, será preferible elegir un test de alta sensibilidad, a riesgo de fabricar algún falso positivo; si lo que se necesita es no crear falsos positivos, será preferible un test de alta especificidad. Como ilustración, aplíquense estos conceptos a los test de *ELISA* y *western blot* en relación con una probable

infección por HIV. Con todo, hay limitaciones y tropiezos en el uso clínico de estos cálculos: la sensibilidad y especificidad dependen al menos en parte del método de cada laboratorio, hay un punto de corte que implica cierta arbitrariedad, la prevalencia de una enfermedad determinada puede ser poco conocida o no haber sido establecida en el medio, el momento evolutivo de la enfermedad pesa a la hora de evaluar resultados de laboratorio. Y así sucesivamente. Es claro que la complejidad del proceso diagnóstico no puede confiarse a cálculos de sensibilidad o especificidad, pero ellos constituyen una orientación no desdeñable que debe ser incorporada al proceso, sin fundamentalismos cientificistas según los cuales si hay un número, debe ser cierto.

Para bien o para mal, esta es la era de la medicina basada en la evidencia, los consensos, las normatizaciones, las *guidelines* y los algoritmos. En la aplicación de estos recursos, el laboratorio es importante pero no único ni determinante. Después de todo, raramente se llega a un diagnóstico con un solo test. Los criterios acordados por paneles de expertos para definir un diagnóstico con la mayor precisión y universalidad posibles, constituyen usualmente una suma de datos clínicos y de exámenes complementarios, entre los que el laboratorio es uno de ellos,

En el momento actual el clínico tiene a su disposición un número apabullante de pruebas de laboratorio. Tal disponibilidad, permanentemente enriquecida, lo obliga a un esfuerzo sólo para mantenerse al día. Y las complejidades del laboratorio y sus técnicas amedrentan tanto al recién llegado como al veterano. Algunas consideraciones no técnicas, sin embargo, deben ser remarcadas. Al solicitar exámenes, el clínico debe contemplar los aspectos económicos de sus decisiones, por ejemplo la relación costo-beneficio de su indicación. Después de todo, debe recordar que, aunque a veces no lo parezca, alguien paga, casi siempre la comunidad, y que la dilapidación de los recursos es un pecado del que es mejor no ser responsable. Idealmente, al ordenar un test deberían antes tenerse contestadas las siguientes preguntas: ¿está disponible, y es preciso y confiable en su lugar de trabajo?; ¿es caro y si lo es se justifica el gasto por el rédito posible de sus resultados?; ¿puede tenerse una idea aceptable de las probabilidades de pretest?, ¿podrán las probabilidades de post test guiar su manejo del caso? En conclusión, el test ordenado debería tener una adecuada relación costo-beneficio en términos económicos y médicos.

Cincuenta años después de una frase feliz que describía una situación real en un escenario engañosamente simple, el progreso de la medicina ha complejizado las relaciones entre la clínica y el laboratorio. Se han incorporado numerosos test de gran potencia y precisión diagnóstica, a los que el clínico debe conocer en sus posibilidades y limitaciones, utilizar con mesura e inteligencia, e interpretar con perspicacia y sentido común. El proceso diagnóstico se ha facilitado. Es posible realizar diagnósticos de certeza en la mayoría de las enfermedades mediante la cuidadosa administración de los recursos complementarios y los datos de la clínica. Así, la experiencia indica que el laboratorio, más que un artilugio sospechoso es un instrumento inestimable para el accionar del clínico. Dado un laboratorio de técnicas confiables, las discrepancias son afortunadamente raras. Ahora bien, si alguna vez se diera la malhadada ocasión, y salvadas las providencias que hemos tratado de señalar, ¡peor para el laboratorio!

Héctor O. Alonso
alonso1@infovia.com.ar

- - -

I never think of the future. It comes soon enough.

Nunca pienso en el futuro. Llega demasiado pronto.

Albert Einstein (1879-1955)