CARTAS AL COMITE DE REDACCION

Sobre las Reuniones Anatomoclínicas

La lectura de la Reunión Anatomoclínica publicada en *Medicina (Buenos Aires)* 1994; 54: 349-361 (Dolor torácico y obnubilación en una paciente anticoagulada por prótesis valvular mitral) genera algunas inquietudes sobre la utilidad de esos ejercicios, al menos en la forma en que se realizan actualmente.

En general, asistentes y lectores valoran la coherencia de la discusión, que por medio de un sólido razonamiento y no menos sólida erudición, permite llegar a un diagnóstico exacto y una total correlación entre el diagnóstico clínico y los resultados de la autopsia. Lo ideal es cuando coinciden los diagnósticos del médico de cabecera, del discusor en la reunión y del patólogo. La historia clínica debe ciertamente aportar los datos que permitan llegar a un diagnóstico (y deben figurar los señuelos originales sin que sean enfatizados). De no ser así, el caso no es el adecuado para una reunión, pero puede serlo para una reunión de mortalidad. ¿Por qué someter al discusor a llegar a un diagnóstico sin datos válidos?

Lograr una coincidencia total sabemos que es muy difícil. Algunos prefieren una buena discusión aunque no se llegue al diagnóstico; otros por lo menos «arañar» éste, aunque los argumentos no hayan sido muy convincentes.

Muchas veces se logra sólo un diagnóstico correcto parcial, otras erróneo; pero aun en estos casos la lección puede ser provechosa si en la misma reunión se discuten los mecanismos del error. En nuestro Hospital estas reuniones anatomoclínicas se realizan por lo menos una vez al mes. Por la forma en que parte de los asistentes abandona el aula una vez que el patólogo enumera los diagnósticos parecería que todo lo importante habría sido ya dicho y sospecho que no es así. En aquellos casos de diagnósticos imperfectos o erróneos debe haber un tiempo para reflexionar sobre los orígenes de esas imperfecciones u errores, y si hubieran debido considerarse otras alternativas de diagnóstico y/o tratamiento que hubieran permitido llegar a un final más feliz.

Creo que el médico clínico que redacta el resumen del caso debe conocer el resultado de la autopsia; para que no pasen desapercibidos datos que puedan ser de valor en la discusión; a veces mínimos o sutiles (temp. 37,4, frecuencia respirat. 18/m), pero que pueden generar nuevas, válidas y a veces verdaderas hipótesis. La discusión no debe ser reiterativa para dejar más tiempo al patólogo, y al final los comentarios de éste, del clínico que redactó el resumen y del discusor deben aclarar los puntos obscuros, lo que pudo omitirse, lo que debió haberse hecho.

Tomo algunos ejemplos de la discusión:

1) El hábito «cushingoide» de la paciente es descripto en la mesa de autopsias. Antes se nos dice «que recibió ocasionalmente corticoides...» Ignoramos si recibió corticoides días previos a la muerte, tampoco si pudo plantearse una insuficiencia suprarrenal aguda que explicaría la hipotensión y la letargia; o si los corticoides podrían enmascarar una sepsis.

2) ¿No debieron realizarse hemocultivos en una paciente que, recuperándose de una infección respiratoria, empeora rápidamente, con hipotensión y rubor generalizado? ¿Pudo plantearse un shock tóxico? ¿Una coloración de Gram de la expectoración hemoptoica no habría sido de valor, o una nueva Rx de tórax?

3) ¿Pudo tratarse de una Rx de tórax mal rotulada? La foto que aparece en el artículo parece —salvo un arco medio algo acentuado— remarcablemente normal para una enferma con todos los antecedentes que se relatan.

4) De la discusión del patólogo no surge claro la interpretación del cuadro neurológico. Sospecho que se trataba de una encefalopatía tóxica secundaria a la sepsis, y la TAC ciertamente no hubiera ayudado, salvo por lo negativo. ¿Cuántas veces las dificultades para obtener un estudio de alta complejidad nos impiden utilizar mejor herramientas más sencillas?

Es muy probable que estas preguntas fueran respondidas en forma adecuada y no figuren en la revista por razones de brevedad. Pero deberían figurar, para utilidad de los lectores. De otra manera corremos el riesgo de caer en un «nihi-

lismo» diagnóstico: hay dolencias, aun neumonías, que no pueden diagnosticarse cuando en realidad hubo indicios y señales no advertidas, diagnósticos diferenciales no planteados.

Y creo que la función de las reuniones anatomoclínicas es ayudarnos a evaluar todos «los descuidos». De otra manera serán sólo atractivos cuando describan sin fallas alguna enfermedad muy rara, cuando deberían serlo para la esquiva patología diaria.

Miguel Maxit

Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata

- - -

Coincidimos con el Dr. Maxit en muchos aspectos de la crítica a nuestro modo de hacer ateneos anatomoclínicos, sobre todo en la extensión de las discusiones y las inútiles reiteraciones; creemos que sus comentarios podrían ser más eficaces que la prédica de los editores en lograr brevedad y síntesis en los que intervienen. El trabajo de editar un ateneo es laborioso e ingrato; tratamos de evitar repeticiones, barbarismos y ofensas al idioma, pero no dejamos nunca de consignar todas las opiniones emitidas.

No coincidimos en otros matices. No estamos seguros que el «ideal es cuando coinciden los diagnósticos del médico [...] y el patólogo», aunque no haya nadie malo en la coincidencia razonable. Los ateneos sirven para aprender de los errores, rever conductas y actualizar los conocimientos. El ateneo tiene función crítica y didáctica.

No ponemos señuelos en la historia clínica; ésta es un resumen de la original, sin ningún énfasis que sirva de indicio. El médico que la redacta no conoce el diagnóstico y creemos que debe ser así. No agregamos, resaltamos ni suprimimos pistas. Nuestros ateneos no se ensayan, los que preparan el resumen y discuten el caso tienen poco tiempo para prepararlos; los ateneos son semanales, una actividad habitual y no excepcional y por esto los aciertos quizás sean menores que si se prepararan con más tiempo.

Es posible que las discrepancias diagnósticas se deban: 1) a que las historias clínicas son deficientes o 2) a que nuestra capacidad y conocimientos médicos sean limitados. Lo importante es que no manipulamos ni las historias ni la discusión. Intentamos persistir en esa tesitura.

Dice usted que «algunos prefieren una buena discusión aunque no se llegue al diagnóstico»; que «la función de los ateneos es ayudarnos a evaluar todos los descuidos» y que, «aun en estos casos la lección puede ser provechosa si en la misma reunión se discuten los mecanismos del error». Estamos de acuerdo, pero a veces no es necesario «discutir» el error sino llevarlo a la memoria y aceptar que el error es inherente a la práctica médica. La discusión post-ateneo siempre se da, aunque generalmente no es formal ni publicable. Esperamos que esa discusión sea también una instancia en el fuero íntimo del lector. Como ocurrió con el Dr. Maxit.

En cuanto a los ejemplos particularizados, vuelve a tener razón: 1) No se describe el hábito cushingoide de la paciente salvo en la autopsia. Pero se consigna que la paciente había tomado ocasionalmente y en forma reiterada e irregular corticoides antes de la internación. 2) No hubo tiempo para hacerle hemocultivos (ni lo pensamos) pero la posibilidad de una sepsis fue tanto propuesta como negada en el ateneo. 3) Las radiografías de muchas afecciones pulmonares graves pueden parecer normales, así que la neumonía no fue advertida. Esa fue la enseñanza del ateneo; por eso el pulmón con la condensación neumónica aparece junto a la radiografía, como ilustración y se colocaron cuatro referencias bibliográficas sobre el problema. La radiografía no estaba mal rotulada. 4) El patólogo lamenta que, a pesar de haberle dedicado un párrafo, «no surge clara la interpretación del cuadro neurológico». Celebra que el párrafo tal vez haya servido para que el Dr. Maxit sospeche que se trataba de una encefalopatía tóxica secundaria a sepsis.

Los que editamos estas Reuniones Anatomoclínicas hemos llegado, hace mucho tiempo, a la conclusión que aunque la realidad es racionalizable no es necesariamente racional, en esto no somos hegelianos. Seguiremos esforzándonos en mejorar la elección y redacción de las reuniones y bienvenidas son y serán las críticas.

Alejandro Grinberg, Hernán Lago, Juan Antonio Barcat, Samuel Finkielman

Los editores de las Reuniones Anatomoclínicas