

EL CLAROSCURO DE LA REUNIÓN ANÁATOMO-CLÍNICA (O CLÍNICO-PATOLÓGICA)

CARLOS ALBERTO YELIN

*Sub-Director Académico de la Carrera del Doctorado, Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Nacional de Rosario*

Resumen

El autor, que se manifiesta como un entusiasta de las reuniones anátomo-clínicas, analiza los aspectos positivos y negativos, (“El Claroscuro”), de las mismas aprovechando su presencia en las reuniones mensuales de la Asociación de Medicina Interna, y en sus Jornadas. Trata de rescatar en ellas, el excepcional recurso de enseñanza-aprendizaje, que pueden constituir, siempre que se adapten a ciertas normativas.

Palabras clave: ACL, Sesión anátomo-clínica.

Summary

LIGHT AND SHADE IN THE CLINICAL-PATHOLOGIC-CONFRONTATION.

The author analyzes the Clinical-Pathologic Confrontation, including its positive and negative aspects (light and shade), after taking part in the monthly sessions of the Internal Medicine Society meetings. The purpose is to rescue this exceptional learning-teaching process, provided certain patterns and aspects of it are respected.

Key words: CPC, Clinical Pathologic Confrontation.

La atracción por las reuniones Anátomo-Clínicas (ACL) se me despertó siendo ayudante de Cátedra en Anatomía Patológica, y colaborando en las necropsias con el Profesor Augusto Serial. Ése fue el inicio de un entusiasmo que no decayó aun en la actualidad, a pesar de las décadas transcurridas.

Ya siendo docente, organicé las reuniones ACL, que se denominaron “Juan J. Staffieri” y que durante un año y medio se desarrollaron mensualmente en la Facultad, siendo el propio Maestro Prof. David Staffieri, el que las comenzó. La segunda estuvo a cargo del Prof. Juan Martínez. En ese ejercicio, el “Ñato”, con la llaneza y la simplificación de la complejidad a la que nos tenía acostumbrados, desentrañó un linfoma retroperitoneal, e incluso pudo reconocer la infiltración del psoas. El Prof. Martínez no era amigo de los circunloquios ni de las referencias grandilocuentes, ni de las búsquedas bibliográficas que “categorizan” las afirmaciones. Prefería usar argumentos de razón clínica antes que elipses dialécticas.

Hace muy poco, en el Congreso Europeo de Medicina Interna de Berlín, en una breve entrevista con un patólogo español que exponía sobre la etiología de metástasis de tumores primarios no identificados hablamos sobre si, en ese estudio, habían realizado reuniones ACL. En primer lugar me miró con alguna extrañeza, y me preguntó si me refería a las “Sesiones Clínico-Patológicas”. Le respondí que nosotros tenemos el hábito de denominarlas Anátomo-Clínicas y, con la precisión en el lenguaje que a los españoles los caracteriza, agregó: “Pues no es una cuestión baladí, el origen de la expresión nace del termino inglés *Clinic-Pathologic-Confrontation*, CPC, con lo que quería reivindicar la presencia, importancia y significación que el patólogo tiene en dichas sesiones. Luego agregó que lamentablemente ellas no se realizan asiduamente en la mayoría de los hospitales españoles, y vinculaba dicho déficit con la tendencia modernista a importar futbolistas caros, pero no invertir en la organización de la departamentos de necropsias en los hospitales públicos. Eso viene a cuento, y resalta la importancia que, en la última sesión ACL de la Asociación de Medicina Interna, tuvo el grupo de patólogos del hospital de Granadero Baigorria, al presentar una completísima necropsia de una HIV, lo que significa un excepcional esfuerzo en vista de nuestro paupérrimo presupuesto hospitalario.

Con este comentario empezaremos a develar el motivo de la presente entrega, y a qué nos referimos con el término “Claroscuro”.

Si bien el objetivo docente de las ACL está dirigido a estudiantes y graduados en general, sin discriminación de especialidades, somos tal vez los internistas los más entrenados para ejercitarlas y/o desentrañarlas como espectadores. Esa afirmación presupone una de las razones por las que hace años constituyen el eje de las reuniones mensuales de la Sociedad de Medicina Interna, y un aditamento casi infaltable en sus Jornadas o Congresos. Justamente al presenciar la mayoría de ellas en el año pasado, me pareció criterioso replantear su valoración y repercusión en el contexto de la medicina actual.

Analicemos las etapas de una reunión de acuerdo a los cánones tradicionales, y con el objeto de plantear alguna mejora en su instrumentación.

Presentación

En la medida de lo posible debería realizarla el servicio o profesional que siguió de cerca el paciente aunque éste hubiera transitado por varios servicios. Sería interesante que el relato fuera lo más objetivo posible, sin descargar impresiones personales.

Comienzo del Ejercicio

En esta etapa sería dinamizadora la presencia de evaluadores de los estudios complementarios. Tendría doble sentido: primero, evitar que se deposite en la responsabilidad del ejercitante, y segundo, aprovechar el juicio de los especialistas en la correlación en una etapa prediagnóstica.

El Ejercicio

Tomemos en forma puntual el término. El responsable deberá iniciar la formulación de un *ejercicio del razonamiento clínico*. Primero recopilando los datos significativos de la anamnesis, luego, del examen clínico, y posteriormente, construir, con argumentos, el

“área” de diagnóstico, justificando los motivos de su orientación. Una vez ubicado en una “zona” determinada, comenzar a afinar la precisión, ya sea buscando la etiología en forma definida, o comparando la metodología diagnóstica que debió usarse con la que se usó, o planteando las causas del deceso o instancia evolutiva. Ésta es la etapa que debería ser más “sabrosa” del ejercicio, obligando al que discute el caso a argumentar con datos sólidos y con firmes y convincentes razones. El eje principal debe transitar por el *ejercicio* en sí, tratando de rescatar los datos conducentes, y formular una elaboración diagnóstica aproximada *sin compulsión por el acierto*, y con la preocupación puesta en los elementos coincidentes, obviando las enunciaciones destinadas a cubrir todas las posibilidades (como para no equivocarse). En los casos que presencié ésa constituyó la tendencia. Quizá no se priorizó la búsqueda de fundamentos sólidos de diagnóstico, sino enumeraciones muy completas pero sólo enunciativas, citas que a veces enseñan y otras confunden. En la última de octubre, con un *Power Point* de magnífica factura, se nos hizo repasar todas las patologías que cursan acompañando al HIV; lo que nos permitió un repaso exhaustivo, pero con una modesta proyección al diagnóstico final.

El informe anátomo-patológico

El encargado debiera tener una exhaustiva descripción del caso, en todos sus matices, para que las observaciones tengan una proyección dinámica, y no queden limitadas a un frío análisis de los hallazgos. Tampoco nos parece conducente hacer una pormenorizada y extensa revisión de los datos negativos; sí lo es, en cambio, poner énfasis en lo positivo, aunque quizá no constituya el diagnóstico de fondo.

Correlación de los hallazgos y síntesis final

Esta etapa no constituye una costumbre habitual, sobre todo en las grandes sesiones de los Congresos, donde se presupone que el espectador puede formarse su propio correlato de lo

encontrado en la necropsia. Pero si nuestra intención es buscar un perfil docente a la reunión, nos parece de enorme interés agregar en forma atípica esta instancia, para rescatar lo más valioso, tanto en lo referido al ejercicio en sí (sin opinar sobre el desempeño del disertante), como a otros aspectos que jerarquicen las observaciones logradas, haciendo referencia a la excepcionalidad de la situación, o en su defecto, a la utilidad de pensar en lo más común.

Con bastante frecuencia los casos motivos de las reuniones ACL son situaciones de muy alta complejidad, y con diagnósticos de excepción. Algunas veces la Anatomía Patológica nos confirma una entidad clínica que seguramente no volveremos a ver a lo largo de una vida profesional completa. Sería preciso plantearse si con esa tendencia no estaremos alimentando la predisposición al enamoramiento de nuestros recién graduados o jóvenes internistas con los diagnósticos excepcionales.

Una de las iniciativas a tener en cuenta debería ser revalorizar el dato de la anamnesis, o del examen clínico prolijo, y su correlación con los exámenes complementarios, para así acostumbrarlos a partir de la simpleza para llegar a la complejidad, o inversamente, a tener un pensamiento complejo para simplificar el diagnóstico, priorizando la incidencia de lo común, de lo cotidiano, para luego ejercitar los contenidos teóricos acuñados para una infrecuente enfermedad.

Aun señalando las dificultades de esas reuniones, no hay que perder de vista su enorme significación en la formación del médico y del generalista en especial.

Por eso esta entrega tiene el objetivo de recapacitar sobre el verdadero sentido de tan funcional recurso de aprendizaje, para ser aplicado en forma más dinámica y correcta. Al

fin y al cabo, es un ejemplo más de que el Aprendizaje Basado en Problemas constituye la manera en que en el futuro deberemos entender la docencia en Medicina.

Finalmente rescatemos lo sobresaliente de las ACL:

- 1- Siempre una historia clínica que se constituye en base para una ACL, obliga a la *reflexión*.
- 2- En el análisis de los estudios complementarios por parte de los expertos tenemos la oportunidad de *aprender* metodologías y técnicas de investigación clínica a las que no siempre tenemos acceso.
- 3- El ejercicio por parte del disertante nos ofrece, al final, la posibilidad del *diálogo esclarecedor*.
- 4- El informe de la necropsia, al confrontar los eventuales diagnósticos, nos invita a la *autocrítica*.
- 5- Cuando el coordinador haga la correlación entre los diagnósticos y los hallazgos, habrá *transparencia*.
- 6- La terapéutica eventualmente aplicada será reforzada o criticada, pero la consecuencia será una repercusión positiva en los intereses *asistenciales* sobre otros cualquiera.
- 7- Con una *economía de medios* incomparable, nos da la opción de mejorar la vida académica de una institución docente asistencial.

Si en un proceso de enseñanza-aprendizaje citamos que hubo *reflexión, diálogo, autocrítica, transparencia, consecuencias positivas para el destinatario del proceso* (el paciente), y todo con *economía de medios*, es porque habremos obtenido un logro pedagógico de excepción. Por último, jamás deberíamos olvidar el cambio copernicano

que significó la visión de Morgagni para la medicina. Fue el ingreso de la concepción científica en el arte del ejercicio de la actividad médica, y la reunión ACL es una amplia puerta de acceso.

(Recibido: agosto de 2003. Aceptado: diciembre de 2003)