

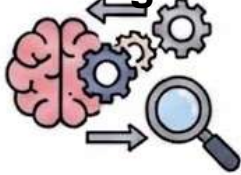
# Razonamiento Clínico y Diagnóstico: De la Teoría a la Práctica Segura

**Pre-Briefing para Escenario de Simulación Clínica:  
*Construcción de hipótesis diagnósticas a partir del interrogatorio***

Autores: Dr. Alan Altamirano, Henrique Brutscher  
Cátedra de Clínica Médica - FCM UNR

# El Diagnóstico: Proceso y Construcción Cognitiva

¿Qué es diagnosticar?



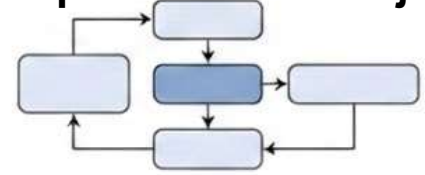
Es un proceso intelectual inferencial mediante el cual el médico agrupa, jerarquiza y clasifica la dolencia del paciente para tomar decisiones terapéuticas y establecer un pronóstico.

El Manejo de la Incertidumbre:



El clínico rara vez alcanza una certeza matemática absoluta en el primer contacto. El objetivo es llegar a un **umbral de probabilidad diagnóstica** que justifique y haga segura la acción médica.

La Hipótesis de Trabajo:



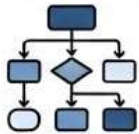
Todo diagnóstico inicial es, en esencia, una hipótesis. Como tal, exige un método estructurado para ser puesta a prueba, confirmada o refutada mediante la evolución y los exámenes complementarios.

# ¿Qué es el Razonamiento Clínico?

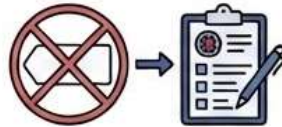


**Definición:** Es el proceso cognitivo complejo que permite al profesional de la salud observar, inferir, integrar datos y emitir un juicio crítico para establecer un diagnóstico y tomar decisiones terapéuticas.

## Conceptos Fundamentales:



No es intuición mágica ni adivinanza: es un **método estructurado**.



No es solo "etiquetar" una enfermedad, sino elaborar un pronóstico y resolver el problema de salud del paciente.



Implica tres saberes: Conocer (teoría), Hacer (habilidad) y Saber Ser (actitud).

# La Arquitectura del Razonamiento Clínico

## Las 4 Etapas del Pensamiento Diagnóstico:



**Adquisición y Estructuración de Datos:** El paso crítico del síntoma desordenado al problema clínico jerarquizado.



**Elección del Punto de Apoyo:** La construcción intelectual y selección del **Dato Guía** para enfocar el análisis y filtrar el "ruido clínico".



**Procesamiento y Generación de Hipótesis:** La articulación de los diagnósticos diferenciales y la formulación de síndromes.



**Verificación y Toma de Decisiones:** Poner a prueba la hipótesis minimizando las fallas de la mente (Control de Sesgos a través de la Metacognición).

# ¿Cómo pensamos en medicina?

## La Teoría del Proceso Dual (Kahneman)

**Definición:** Nuestro cerebro utiliza dos sistemas paralelos para tomar decisiones clínicas



**Sistema 1 (No Analítico):** Rápido, intuitivo, subconsciente. Basado en el reconocimiento visual de patrones y la experiencia ("Heurística"). Bajo esfuerzo cognitivo.

**Sistema 2 (Analítico):** Lento, deliberado, consciente. Utiliza el método hipotético-deductivo. Implica exploración cuidadosa y análisis crítico de los datos.



**El desafío en la formación:** Ante casos complejos o durante el aprendizaje, es obligatorio hacer una pausa y **activar el Sistema 2.**



# El registro de la información



## La Historia Clínica Tradicional

**Definición:** Registro narrativo organizado según la fuente de procedencia de la información (Anamnesis, Examen Físico, Laboratorio, Evolución).



**Puntos Fuertes:** Facilita el relato fluido y cronológico del paciente. Estructura clásica y universal.



### Limitaciones:





- **Fragmentación:** La información se dispersa en el tiempo.
- **Falta de causalidad:** Se describe "qué" pasa, pero el "porqué" (el razonamiento del médico) queda oculto o implícito.

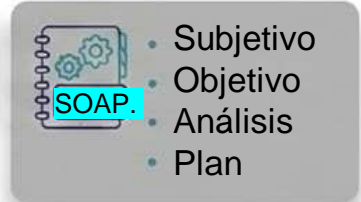
# La Revolución de Weed

## La Historia Clínica Orientada al Problema (HCOP)

**Definición:** Creada por Lawrence Weed (1968), es un modelo que traslada el método científico a la práctica clínica. El eje organizador es el "Problema" del paciente.

### Estructura:

-  1. Base de Datos (Anamnesis y Examen Físico).
-  2. Lista de Problemas.
-  3. Plan de Acción (Diagnóstico, Terapéutico y Educativo).
-  4. Notas de Evolución (SOAP).



**Ventaja:** Hace visible y auditable el razonamiento médico.

# Contraste de Modelos

## Cambio de Paradigma en el Registro



### HC Tradicional:



- Centrada en la *enfermedad* (Diagnóstico).



- Memoria cronológica.



- Rígida.



### HC Orientada a Problemas:



- Centrada en el *paciente* (Problemas).



- Memoria analítica.



- Dinámica.

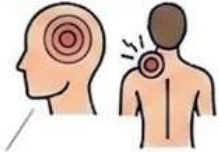
**Conclusión:** La HCOP no elimina la semiología clásica, sino que le otorga una estructura lógica para que los datos cobren verdadero sentido clínico.

# Ordenando el caos

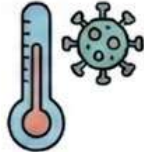
## La Lista de Problemas

**Definición de Problema:** Todo trastorno o alteración (biológica, psicológica o social) que requiera diagnóstico, tratamiento o manejo, o que interfiera con la calidad de vida del paciente.

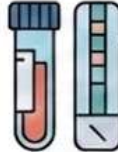
- *Puede ser:* Un síntoma, un signo, un examen anormal, un síndrome o un factor de riesgo.



**Síntoma**  
Ej: Dolor



**Signo**  
Ej: Fiebre



**Examen anormal**  
Ej: hipokalemia



**Síndrome**  
Ej: Insufic. C



**Factor de riesgo**  
Ej: Tabaquismo

# El Dato Guía: La brújula del razonamiento



## Definición Fundamental:

Es un **problema específico seleccionado** a partir de la Lista de Problemas del paciente, que el médico elige deliberadamente para que actúe como hilo conductor y guíe todo el proceso de diagnóstico diferencial.



## Su Naturaleza:

A fines prácticos, no existe un dato guía "único" o absoluto. Es una **construcción cognitiva** del médico, basada en su capacidad analítica.



## El Objetivo Clínico:

Funciona como un **ancla estratégica**. Elegir el problema correcto como dato guía permite filtrar el "**ruido clínico**", ordenar el pensamiento y llegar a un diagnóstico definitivo de una forma mucho más simple y con menor probabilidad de error. La correcta elección del dato guía reduce drásticamente el universo de diagnósticos posibles. Un buen dato guía funciona como un **embudo que filtra el ruido clínico** y optimiza el uso del Sistema 2.

# Construyendo el Dato Guía

## Características y Flexibilidad del Dato Guía

**Las 4 Características Clásicas** para que un problema funcione como un excelente dato guía, deben ser:



**Objetivo:** Basado en signos clínicos evidentes o alteraciones comprobables (ej. un laboratorio), no en síntomas vagos.



**Específico:** Su presencia debe limitar y acotar rápidamente el abanico de diagnósticos posibles.



**Primario:** Debe representar el núcleo fisiopatológico del cuadro, y no ser una simple consecuencia secundaria.



**Frecuente:** Debe tener peso epidemiológico y estadístico en la presentación de la enfermedad sospechada.

- **Flexibilidad y Realidad Clínica:** Si bien el escenario ideal es que la elección de un dato guía nos lleve a un único diagnóstico que explique todo el cuadro, la realidad suele ser más compleja. Por lo tanto, el médico **puede y debe elegir dos o más datos guías** simultáneos cuando el caso lo requiera para armar el rompecabezas diagnóstico.



# El Método Hipotético-Deductivo

## Construcción de Hipótesis Diagnósticas

**Definición:** Generación de posibles explicaciones (diagnósticos diferenciales) basadas en el Dato Guía.

### Estrategias de razonamiento:

1



**Probabilística:** ¿Qué es lo más frecuente según edad, sexo y epidemiología?

2



**Causal / Fisiopatológica:** ¿Qué mecanismo explica los signos y síntomas?

3

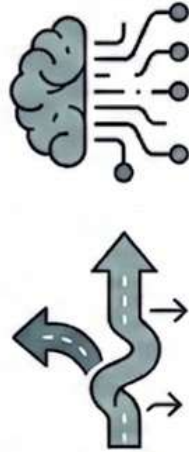


**Determinística:** Aplicación de reglas, scores o algoritmos clínicos

**Regla de Seguridad:** Siempre preguntarse: "*¿Cuál es la patología más grave/letal que debo descartar primero?*"

# La vulnerabilidad cognitiva: El Error Médico y los Sesgos

**Concepto Clave:** La enorme mayoría de los errores diagnósticos **no** se deben a la ignorancia (falta de conocimiento técnico), sino a fallas en el procesamiento de la información.



**¿Qué es un Sesgo Cognitivo?**  
Son atajos mentales o distorsiones sistemáticas en el pensamiento que nos desvían de la racionalidad lógica, llevándonos a conclusiones erróneas.

## AGRAVANTES:



Estrés



Falta de sueño



Sobrecarga laboral



Presión de tiempo

# Sesgos Clínicos más frecuentes: Los "Sospechosos de Siempre"



**Cierre Prematuro:** Aceptar un diagnóstico temprano de manera precipitada y dejar de buscar, ignorando información adicional. ("La principal causa de error médico").



**Sesgo de Anclaje:** Aferrarse a un dato inicial, a una impresión diagnóstica propia o de otro colega, y no modificarla a pesar de que aparezcan evidencias en contra.



**Sesgo de Disponibilidad:** Sobrestimar la probabilidad de una enfermedad simplemente porque la recordamos fácil (por un caso reciente o de alto impacto emocional).

# Reflexión Final: Metacognición, el antídoto

**Definición:** La capacidad de observar, evaluar y regular nuestros propios procesos de pensamiento. "Pensar sobre cómo estamos pensando".

## Estrategias prácticas para la simulación (y la vida real):



Hacer **pausas cognitivas** obligatorias.



**Preguntarse activamente:**  
*¿Podría ser otra cosa? ¿Qué dato clínico no encaja con mi hipótesis principal?*



Fomentar el **trabajo en equipo** y escuchar activamente otras opiniones.

## Ejemplo Práctico: Cierre Prematuro

**El Escenario:** Mujer de 25 años consulta a la guardia por dolor torácico de inicio súbito, palpitaciones y gran ansiedad. El médico, al verla muy nerviosa y sin antecedentes aparentes diagnostica rápidamente una "*Crisis de Pánico*", le indica un ansiolítico y le da el alta.



- **El Dato Guía ignorado:** La paciente tomaba anticonceptivos orales y, si se interrogaba bien, el dolor empeoraba al respirar profundo (dolor pleurítico).



- **El Error Cognitivo: Cierre Prematuro:** El médico se conformó con la primera hipótesis que le vino a la mente (ansiedad) y dejó de buscar.



- **Falta de Metacognición:** Olvidó la regla de oro: "*¿Cuál es la causa más letal que debo descartar primero?*". El diagnóstico real era un Tromboembolismo Pulmonar (TEP).

# Ejemplo Práctico: La trampa del Anclaje

**El Escenario:** Hombre de 65 años ingresa derivado desde un consultorio de demanda espontánea con el rótulo de "*Gastroenteritis aguda*" por presentar náuseas, vómitos y dolor en la boca del estómago (epigastralgia). El médico de guardia asume ese diagnóstico inicial, le indica medicación para los vómitos, protector gástrico y lo deja en observación.



- **El Dato Guía ignorado:** El paciente era hipertenso y tabaquista, y si se re-interrogaba, el dolor había empezado al hacer un esfuerzo (caminar rápido). Además, a la palpación, el abdomen era totalmente blando e indoloro.
- **El Error Cognitivo:**
  - **Sesgo de Anclaje:** El médico se "ancló" en la etiqueta diagnóstica que traía el paciente (la derivación) y dejó de ser crítico, filtrando la información que no encajaba con la gastroenteritis.
  - **Falta de Metacognición:** No se preguntó: "*¿Qué otra cosa grave simula síntomas digestivos en un paciente con riesgo cardiovascular?*". El diagnóstico real era un **Infarto Agudo de Miocardio (IAM) de cara inferior**.



# Ejemplo Práctico: La trampa de la Disponibilidad

**El Escenario:** En pleno verano y durante un gran brote epidémico de Dengue en la ciudad, un joven de 20 años consulta por fiebre altísima, dolor de cabeza intenso y mialgias. El médico, que ya vio 30 casos de Dengue en su turno, le dice "*es un cuadro viral de la época*", le indica paracetamol y lo manda a la casa con pautas de alarma estándar.



- **El Dato Guía ignorado:** El paciente refería que la luz le molestaba mucho (fotofobia), estaba algo somnoliento y, de haberse realizado un examen físico neurológico completo, presentaba una leve rigidez de nuca.



- **El Error Cognitivo:**

- **Sesgo de Disponibilidad:** El diagnóstico de Dengue estaba tan "disponible" (fresco y repetitivo) en la memoria del médico, que su cerebro automáticamente lo emparejó con esos síntomas, bloqueando otras opciones.
- **Falta de Metacognición:** Se omitió la búsqueda activa de "banderas rojas" que desviarán el cuadro de la epidemia actual. El diagnóstico real era una **Meningitis Bacteriana**.



## El Camino del Diagnóstico: Mapa de Ruta

### ETAPA 1: Adquisición y Orden

- **Paso:** Recolección de información (Anamnesis y Examen Físico).
- **Herramienta:** HCOP y conformación de la Lista de Problemas.
- ⚠ **Alerta:** Evitar el "inventario" de síntomas aislados. Agrupar la información buscando relaciones.

### ETAPA 2: El Anclaje

- **Paso:** Selección y jerarquización del problema principal.
- **Herramienta:** Construcción cognitiva del Dato Guía (objetivo, específico, primario y frecuente).
- ⚠ **Alerta:** Si el dato guía está mal construido o es inespecífico, todo el razonamiento posterior será erróneo.

### ETAPA 3: Generación de Hipótesis

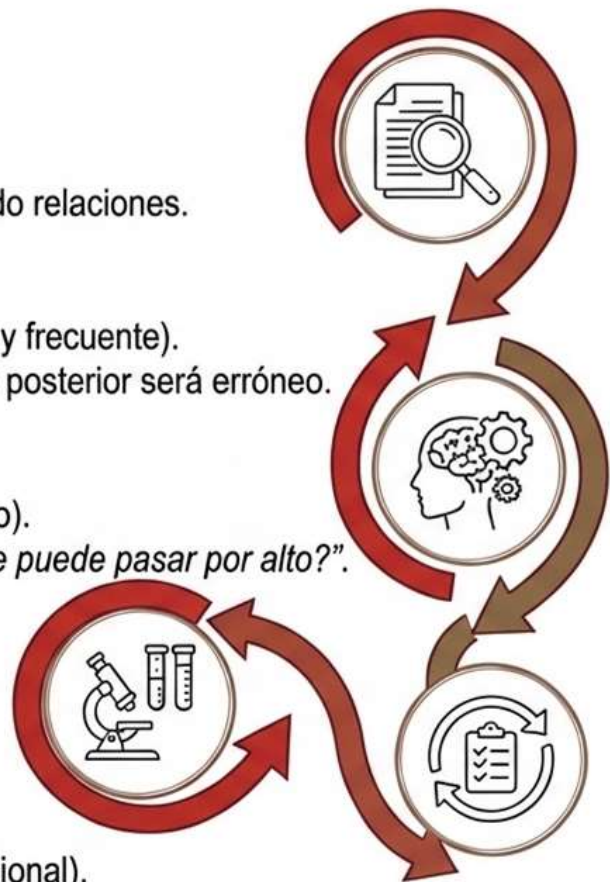
- **Paso:** Formulación de diagnósticos diferenciales.
- **Herramienta:** Activación consciente del Sistema 2 (Analítico / Hipotético-Deductivo).
- ⚠ **Alerta:** Regla de seguridad: *"¿Cuál es la patología más grave o letal que no se me puede pasar por alto?"*

### ETAPA 4: Verificación

- **Paso:** Contrastar la hipótesis con los **exámenes complementarios**.
- **Herramienta:** Metacognición (pensar sobre nuestro propio pensamiento).
- ⚠ **Alerta:** Evitar el Cierre Prematuro, el Anclaje y la Disponibilidad.

### ETAPA 5: Acción y Reevaluación

- **Paso:** Implementar plan terapéutico y monitorizar respuesta clínica.
- **Herramienta:** Evolución Clínica y/o prueba terapéutica (todo diagnóstico es provisional).
- ⚠ **Alerta:** Flexibilidad Cognitiva. Si la evolución no es la esperada, no forzar los datos. Se debe tener humildad para volver atrás (Etapa 1 o 2), buscar nuevos datos o reconstruir el Dato Guía.



# Referencias bibliograficas



Parodi R, Altamirano A, Ranzuglia L - Diagnóstico clínico - En: Palencia Vizcarra R et al - La Ciencia y la Tecnología. Editorial Alfil 2022 (México)

Alfano F, Moya D. La lógica del criterio clínico médico. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2025;90(4):396-404.

López Jordi A. El razonamiento clínico con enfoque didáctico. InterCambios. Dilemas y transiciones de la Educación Superior. 2020;7(2).

Villarroel Salinas JC, Ribeiro Dos Santos Q, Bernal Hinojosa N. Razonamiento Clínico: Su Déficit Actual y la importancia del aprendizaje de un Método durante la formación de la Competencia Clínica del Futuro Médico. Rev Cient Cienc Méd. 2014;17(1):29-36.

Díaz-Alday JL, Villegas-Delgado CG, Delgado-Villegas CH. Pensar rápido y lento en el proceso cognitivo para la toma de decisiones en medicina. Rev Sanid Mil. 2024;78(3).

Alvarado-Guevara Ana Teresa, Flores-Sandí Grettchen. Errores médicos. Acta méd. Costarric [Internet]. Marzo de 2009 [citado 2026 Abr 02] ; 51( 1 ): 16-23. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-60022009000100004&Ing=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022009000100004&Ing=en).

Rodríguez de Castro Felipe, Carrillo-Díaz Teresa, Freixinet-Gilart Jorge, Julià-Serdà Gabriel. Razonamiento clínico. FEM (Ed. impresa) [Internet]. 2017 [citado 2026 Abr 03] ; 20( 4 ): 149-160. Disponible en:

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322017000400002&Ing=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000400002&Ing=es). Epub 16-Ago-2021.

<https://dx.doi.org/10.33588/fem.204.903>.