

## La precisión del diagnóstico en Atención Primaria

**Manzorro Fernández, Paula.** Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria Unidad Noroeste.

**Ruiz Tarbet Clara Elisa.** Estudiante de Medicina 4º año UFV.

**Ruiz Sanchez ,Antonio.** Médico de Familia en Consultorio de Colmenarejo.

**Resumen:** El artículo ofrece una perspectiva sobre las particularidades de hacer diagnósticos en el ámbito de la atención primaria, que hacen de esta tarea del razonamiento clínico un procedimiento abierto a una mayor consideración de la persona particular y por tanto a una mayor incertidumbre.

The accuracy of diagnosis making in primary care

**Abstract:** The article offers a perspective on the particularities of diagnosis making in primary care context, which turns this task of clinical reasoning in a procedure open to a greater consideration of the particulars and therefore with greater uncertainty.



Durante los años de universidad se nos presentan enfermedades junto con los síntomas y signos que las caracterizan. Se nos enseñan las pruebas complementarias que pueden ayudar a su diagnóstico y cuales serían la opciones de tratamiento más adecuadas. En la consulta, sin embargo, lo que nos encontramos son signos y síntomas tantas veces inespecíficos y comunes a muchas de las patologías que deberían aparecer en nuestra cabeza como diagnóstico diferencial, y sobre todo nos asalta la dificultad de decidir, en un tiempo siempre escaso, si tenemos suficiente información con la anamnesis y la exploración física o deberíamos solicitar pruebas o tratar de forma empírica mientras llegan los resultados. Da la sensación de que se entremezclan las fases del razonamiento clínico y que debemos aprender a organizar este aparente caos; a gestionar la incertidumbre. Alguna vez le hemos oído a nuestro tutor que hay que saber jugar al Mus y crecer como personas para llegar a ser un buen médico de familia? Comenzamos a intuir que el médico de familia tiene uno de los cometidos más complejos dentro de las especialidades clínicas.

Mucho se ha escrito sobre razonamiento clínico y sobre cómo llegan los médicos a un diagnóstico concreto. Quizás hay tantas formas (correctas) como médicos, pero podríamos englobarlas en dos grandes grupos (1,2). La forma analítica en la que prima un proceso recogida de los síntomas y signos presentes, a partir de los cuales se reflexiona y se analizan las probabilidades de los diferentes diagnósticos (3). Y la forma ?heurística? basada en la experiencia previa. Consiste en buscar en la memoria lo parecido de la clínica del caso que nos ocupa y contrastarlo con casos previos similares. Sería este método más inductivo el más común en la práctica clínica (4). Quizá sea el término medio entre las dos, como sostuvo Aristóteles, donde se halle la ?virtud? y sea lo más cercano a la realidad, tanto de las consultas de Atención Primaria como al ámbito hospitalario.

Es probable, que aunque los medios para llegar al diagnóstico en ambos ámbitos se parezcan, los médicos de Atención Primaria, y los que nos estamos formando para serlo, incluyamos otras variables que aportan, muchas veces, tanto o más peso en la ecuación diagnóstica. El paciente, en Primaria, está presente de forma lineal (longitudinalidad como herramienta) mientras que en el hospital aparece de manera ocasional y sin que el contexto sea relevante. La importancia del contexto es crucial en Atención Primaria (el

entorno social, económico, familiar, biológico?). Es lo que permite priorizar problemas de salud y dar respuestas amplias a las consultas, es decir no solo resolver las manifestaciones físicas, sino también dar apoyo integral al paciente, en sus vertientes psicológicas, familiar e incluso comunitaria.

**Casi la mitad de los pacientes atendidos en consultas de Atención Primaria no cumplen con los estándares de una enfermedad concreta** (disease) para ser etiquetados en una clasificación diagnóstica, pero son pacientes que sufren. Son pacientes con dolencias (illness) en términos de McWinney. Serían aquellos pacientes que presentan signos y síntomas derivados de sus circunstancias biológicas, familiares y sociales. Signos y síntomas que no van a mejorar con pastillas. El médico de familia entiende siempre las dolencias y solo cuando sea posible diagnóstica enfermedad. Conoce y aplica la evidencia científica en estas últimas y hace "recetas comunitarias", cuando es posible en las dolencias (seamos humildes, porque no siempre los problemas tienen solución). Por el contrario los pacientes en el hospital están o deberían estar seleccionados y las apuestas diagnósticas están parceladas (grandes, chicas, pares y juego) en especialidades, lo que hace que la prioridad no sea ganar el juego (el paciente y su contexto) y mucho menos ganar la partida (la población).

En Atención Primaria, al ser la puerta de entrada al sistema, los pacientes consultan por enfermedades que están en sus inicios y por tanto los signos y síntomas suelen ser más inespecíficos y difíciles de reconocer. **Una parte importante de las patologías que atendemos son autolimitadas**, por lo que el juego de probabilidades y el valor que damos a lo que refiere el paciente es diferente en un ámbito u otro.

Hay otros factores que también condicionan la relatividad del diagnóstico en Atención Primaria. Uno de ellos es la comorbilidad que hace que constantemente nos estemos planteando prioridades en un paciente concreto (qué es lo importante y qué es lo urgente). La limitación de medios hace que el médico de familia cada vez sea más nítidamente un especialista en comunicación y en exploración física, mientras que los médicos hospitalarios fían cada vez más territorio a las exploraciones complementarias y a la tecnología, buscando la precisión diagnóstica. La presión asistencial y la falta de tiempo en las consultas son factores que determinan, como es lógico, que se prime la relevancia clínica versus el rigor científico.

Desde mediados del siglo pasado, los médicos de familia ya percibían algunas de estas diferencias (5) y hacían hincapié en que, para el médico de familia, lo importante es la utilidad práctica del diagnóstico para indicar un tratamiento correcto (suponemos que incluyendo la actitud expectante).

Cuando el médico de familia comienza a ejercer pronto se da cuenta de que los métodos tradicionales de diagnóstico y aun diría la estructura convencional de la entrevista clínica, no le sirven en la práctica clínica por falta de rentabilidad en consultas de pocos minutos (6). De manera que cada médico inicia un viaje en su particular aprendizaje para hacer frente a las consultas propias de su entorno y con la asimetría que cada paciente requiere. De este modo, hay importantes diferencias en las consultas de un centro de salud de Majadahonda y otro en Getafe. La primera consulta por una alteración del estado de ánimo no tiene la misma estructura que si el motivo es fiebre o tos.

**A veces es más importante saber lo que no tiene el paciente, que llegar a un diagnóstico preciso.** Será el tiempo el que nos muestre la evolución y nos permita ir corrigiendo el tiro. En otras ocasiones detectar un problema grave en el que una intervención médica, pueda cambiar el curso y por lo tanto el pronóstico. Comienzan a aparecer modelos de atención (7) esta forma de trabajar del médico de familia y que incorporan mayor amplitud de miras primando el pronóstico y las probabilidades de resultados futuros frente a la dicotomía del diagnóstico (enfermedad/no enfermedad). A mi modo de ver, gestionar la incertidumbre diagnóstica manteniendo una actitud terapéutica correcta es uno de los objetivos a aprender de la residencia de Medicina de Familia e imagino que de toda la carrera profesional.

Hace unos años se publicó un estudio en JAMA (8) que me hace reflexionar sobre el manejo de la incertidumbre y de la importancia de la valoración a lo largo del tiempo y de ser conscientes de nuestras propias limitaciones para poder replantear los diagnósticos. En este estudio se exponían cuatro casos clínicos reales (dos fáciles y dos difíciles) a un grupo de médicos internistas, se les exponía la información de forma secuencial y se les pedía que realizaran el diagnóstico teniendo en cuenta que podían solicitar nuevas pruebas diagnósticas y consultar a otros especialistas. El 53% hizo un diagnóstico correcto de los casos fáciles y solo el 6% de los difíciles. Creyendo, sin embargo, haber acertado en el diagnóstico con una confianza de 7,2 sobre 10 en los casos fáciles y 6,4 en los difíciles,

lo que les inducía a no pedir más pruebas ni realizar interconsultas.

Nos queda todavía un largo camino por recorrer y mucho que aprender para realizar buenos diagnósticos (minimizar el error diagnóstico, evitar el sobrediagnóstico y el diagnóstico no pertinente). Nos parece que el conocimiento de la evidencia científica, la longitudinalidad, el conocimiento del contexto del paciente, el dominio de las técnicas de comunicación y la mejora en las habilidades de exploración física son algunas de las herramientas que nos permiten un abordaje integral de las patologías.

#### BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Kevin W. Eva What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Educación Médica* 2005; 8(2): 59-68  
Disponible en:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1575-18132005000200003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132005000200003)
- 2.- Stanovich KE, West RF. Individual differences in reasoning: Implications for the rationality debate. *Behav Brain Sci.* 2000;23:645---65.  
Disponible en:  
<http://psy2.ucsd.edu/~mckenzie/StanovichBBS.pdf>
- 3.- Elieson SW, Papa FJ. The effects of various knowledge formats on diagnostic performance. *Acad Med* 1994; 69 (Suppl.): S81-3.
- 4.- Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 1: Origins of bias and theory of debiasing. *BMJ Qual Saf.* 2013; Suppl 2:ii58---64.  
Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3786658/>
- 5.- Hull, F. M. Diagnostic pathways in general practice. *J. roy. Coll. gen. Practit.*, 1972, 22, 241  
Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2156671/>
- 6.- Crombie D.L. Diagnostic Process. *J. Coll. Gen. Pract.*, 1963, 6, 579  
Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1878168/pdf/jcgprac00013-0081.pdf>
- 7.- Croft et al. The science of clinical practice: disease diagnosis or patient prognosis? Evidence about ?what is likely to happen? should shape clinical practice. *BMC Medicine* (2015) 13:20  
Disponible en:  
<https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-014-0265-4>
- 8.- Ashley N. D. Meyer, PhD; Velma L. Payne, PhD, MBA; Derek W. Meeks, MD; Radha Rao, MD; Hardeep Singh, MD, MPH. Physicians' Diagnostic Accuracy, Confidence, and Resource Requests. A Vignette Study. *JAMA Intern Med.* 2013;173(21):1952-1959.  
Disponible en:  
<http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1731967>