

El Modelo de toma de decisiones clínicas de Riegelman.-

Tradicionalmente se ha considerado que es el razonamiento hipotético deductivo el proceso central de la toma de decisiones clínica. Algunos modelos muy influyentes como el de Riegelman (Riegelman RK. Minimizing medical mistakes: The art of medical decision making: Little Brown and Co, Boston 1991) lo reconocen así. Este modelo, que es el que se recoge al describir la competencia clínica del razonamiento clínico en el programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria, además incorpora no solamente la toma de decisiones diagnósticas, sino también la selección de la opción terapéutica. Se describe a continuación de forma breve.

Con respecto al diagnóstico el modelo de Riegelman describe 5 etapas:

1.- Presentación de síntomas.

El médico ha de intentar identificar el síntoma o problema que hace acudir al paciente a la consulta. Entre los comentados ha de determinar cuál o cuáles son los más importantes para averiguar la enfermedad de esa persona (síntomas guía). La tendencia es a adquirir un control precoz de la entrevista y ello conlleva a veces a cometer algunos errores al quedarse el médico con la primera impresión y asignar al paciente una probabilidad determinada de enfermedad, corroborándola con la información posterior.

Los errores más frecuentes de esta etapa son:

- a) No reconocer el verdadero motivo de consulta, ya que con frecuencia los pacientes tienen un motivo oculto que sólo lo comentan según como le haya ido al comentar el primer motivo de consulta, así puede suceder que el profesional crea que los síntomas guía de nicturia, polaquiuria que cuenta el paciente, indican que su motivo fundamental de consulta es un problema de próstata, y sin embargo el verdadero motivo de consulta del paciente es su problema de impotencia.
- b) No clarificar la información confusa, ya que médicos y usuarios no entienden los términos o palabras a veces de la misma manera. Así la palabra estreñimiento hay que concretarla exactamente a qué se refiere el paciente.
- c) No evaluar la fiabilidad de la información del paciente. Algunos pacientes presentan los síntomas más exagerados de la realidad pues creen que sino el médico no va a dar importancia a su problema.

2.- Formación temprana de hipótesis.

El profesional genera hipótesis muy pronto sobre lo que le ocurre al paciente y según ello va determinando las preguntas y recogida de datos posteriores y así va reduciendo la lista de posibles enfermedades a considerar. El médico formula sus hipótesis a partir de la comparación de los síntomas relatados por el sujeto con los modelos teóricos y pautas de cada enfermedad que ha ido adquiriendo a través de su experiencia y de su formación.

Para mejorar en el rendimiento de esta forma de razonamiento es necesario considerar dos cuestiones: la prevalencia de la enfermedad en el medio en que se desarrolla la consulta y los síntomas y signos más característicos de la enfermedad.

3.- Diagnóstico Diferencial

El objetivo es elaborar una lista de enfermedades alternativas a la primera hipótesis planteada sobre lo que le ocurre al paciente. El médico maneja sólo un número reducido de hipótesis simultáneamente, en el diagnóstico diferencial. Formula primero las hipótesis de aquellas enfermedades que recuerda con más facilidad, que suelen coincidir

con las más frecuentes e importantes, sobre todo si se basa en protocolos. El médico trata de recoger información que le sirva para comprobar unas u otra hipótesis y con los datos obtenidos mantiene algunas de ellas y otras las rechaza definitivamente o las deja hasta que tenga otra información que las haga pasar a primer plano.

Las dificultades surgen cuando el paciente presenta quejas muy vagas y en este caso es difícil formular hipótesis y hay que hacer una revisión por aparatos y sistemas. También surge una dificultad cuando hay un número elevado de hipótesis y en este caso hay que hacer categorías diagnósticas de enfermedad, etiológicas etc. También se presentan dificultades si son enfermedades simuladoras o que surgen con síntomas y signos que sugieren otro proceso patológico distinto, como por ej. el embarazo ectópico; o bien enfermedades raras, o enfermedades comunes pero de presentación inusual, como un dolor torácico solo en espalda en un caso de IAM.

4.- Diagnóstico de la enfermedad

Se hace un contraste de hipótesis en el que según los datos disponibles se puede confirmar una determinada enfermedad o rechazarla y necesidad de considerar otra o bien recoger más información para llegar a un diagnóstico. Si bien tampoco se debe buscar la certeza absoluta para llegar a un diagnóstico. Hay que considerar el coste añadido de obtener más información y si no va a modificar las decisiones a tomar, no está justificada su realización, sabiendo además que a veces una espera prudente nos aporta más pistas sin necesidad de molestar al paciente.

5.- Explicación de la enfermedad

Una vez hecho el diagnóstico y si no se quiere cometer algunos errores, es aconsejable llegar a una comprensión de la situación clínica del paciente. Es decir el diagnóstico nos debe aportar información sobre las manifestaciones clínicas de paciente, sobre la enfermedad existente y sobre las causas de esta situación.

Pasos en modelo de Riegelman para la toma de decisiones en la consulta

| DECISIONES DIAGNÓSTICAS | DECISIONES TERAPÉUTICAS |
|---------------------------------|--|
| Presentación de síntomas | Predicción |
| Formación temprana de hipótesis | Efectividad |
| Diagnóstico diferencial | Seguridad |
| Diagnóstico de la enfermedad | Decisión terapéutica |
| Explicación de la enfermedad | Ejecución de la terapia |
| | Evaluación de los resultados de la terapia |

Con respecto a la toma de decisiones terapéuticas, el modelo de Riegelman describe 6 etapas:

1.- Predicción

Se trata de hacer una estimación del curso de la enfermedad en un paciente determinado, considerando qué pasaría si no se le pautaba un tratamiento. De esta forma podremos valorar cómo se alterará el posible resultado si se interviene. El pronóstico de cada enfermedad es variado y cuando ésta ya está presente podemos hacer una aproximación según el estadio en que se encuentre de la morbilidad y/o mortalidad y también de la mayor o menor rapidez con la que pueden desarrollarse los hechos. También se puede hacer una predicción de desarrollar una enfermedad, ej un IAM, en

una persona que todavía no la padece pero tiene uno o más factores de riesgo, ej. HTA e hipercolesterolemia.

2.- Efectividad

Hay que recurrir a la medicina basada en la evidencia (MBE) y valorar si hay evidencias claras de que es útil una determinada terapia en un determinado paciente, incluyendo el tema coste-efectividad. Pero el médico no sólo se basa en la MBE, teniendo además en cuenta que no para todos los tratamientos hay MBE, sino que se basa también en su experiencia. Esta tiene un valor importante en la elección de la terapia, aunque hay que tener en cuenta que la experiencia previa no siempre es aplicable a todos los pacientes y en todas las situaciones.

3.- Seguridad

No basta con conocer cuál es la terapia más efectiva sino que hay que valorar el riesgo-beneficio. Es decir, es importante conocer los efectos secundarios de la terapia y en estos hay que tener en cuenta la probabilidad de que aparezcan y la severidad de éstos.

4.- Decisión terapéutica

En la decisión terapéutica hay que tener en cuenta lo que el médico propone desde sus conocimientos y valoraciones y lo que el paciente valora respecto a una determinada terapia. Por ello hay que entrar en un proceso de negociación en el que influyen las creencias y valores del paciente y su percepción de la enfermedad. La recomendación terapéutica suele surgir de una valoración cualitativa de todos los aspectos a considerar como son la probabilidad de efectos deseables o indeseables con la terapia, la severidad percibida de una enfermedad o de un efecto indeseable etc.. En ocasiones también pueden aplicarse técnicas cuantitativas conocidas como “análisis de decisión”. Este método consiste en asignar a cada posible resultado de una opción terapéutica, una probabilidad de ocurrencia y una utilidad y a partir de ello calcular la utilidad global para comparar las distintas opciones.

5.- Ejecución de la terapia

El cumplimiento terapéutico es muy importante si se pretende obtener buenos resultados. El médico debe analizar qué factores le van a dar información sobre si el paciente va a realizar la terapia propuesta. Entre los factores predictores del cumplimiento terapéutico ha de considerar: el cumplimiento de anteriores tratamientos por parte del paciente; si actualmente lleva ya un tratamiento crónico valorar cuál es el grado de cumplimiento de éste; si la enfermedad es crónica pero con escasa sintomatología ej. paciente con hipercolesterolemia, se debe esperar un mal cumplimiento y también si los fármacos producen efectos adversos.

Es preciso negociar con el paciente distintos aspectos del tratamiento incluyendo la forma de administración, y emplear técnicas de entrevista motivacional. No basta con informar de la fisiopatología de la enfermedad y del tratamiento más adecuado.

6.- Evaluación de la terapia

Una vez instaurado el tratamiento es preciso posteriormente valorar la respuesta del paciente al tratamiento y en base a ello ajustarlo. El profesional debe comprobar el uso correcto del fármaco y más si el uso conlleva cierta dificultad ej. broncodilatadores inhalados. También si la dosis ha sido adecuada a la severidad del proceso y está siendo eficacia o interacciona con otros fármacos etc.