

# La incertidumbre clínica un desafío pendiente

**Jose Ramón Loayssa.** Doctor

**Resumen:** La incertidumbre es una de las características esenciales de la medicina y especialmente de la atención primaria. Tomando dos actuaciones médicas ante el mismo paciente y el mismo problema en este artículo se describen algunos de los principales factores involucrados en su aparición en la práctica así como algunas de sus consecuencias clínicas inmediatas.



Escenario 1:

Una paciente de 29 años con dolor de espalda acude a un médico de familia:

Informe escrito del médico de familia que la atiende:

?Dolor dorsolumbar mecánico que aumenta con la flexión del tronco. Lo describe muy intenso. Hiperestesia al mínimo contacto con la zona paravertebral. Palpación dolorosa de interapofisarias Dorsales bajas y Lumbares. Se trata de una clínica de larga evolución sin modificaciones significativas del cuadro. Mala respuesta de los analgésicos y antiinflamatorios.

Impresión Diagnóstica. Dorsolumbalgia de características mecánicas osteomuscular de larga evolución. No señales de alarma. No creo que el estudio del cuadro con pruebas de imagen vaya a arrojar luz sobre su etiología.

**Tratamiento.**- Ejercicios físicos y intentar sistemática de descondicionamiento del dolor. Tryptizal como relajante muscular y apoyo a la medicación analgésica?

Escenario 2:

La misma paciente a los pocos días acude a una consulta de urgencias extrahospitalarias:

Informe escrito del médico de urgencias que la atiende:

?Dolor de espalda. Antecedentes de lumbagos, ciáticas?,

Espl: dolor a nivel de espinosas de D12-L1-L2 y L5-S1. Dolor a la flexión y lateralización izda. No déficit motor ni sensitivo. Se solicita RX de columna dorsolumbar AP y L que es informada como escoliosis y rectificación de columna lumbar

**Prescripción** -(A)Tramadol 100MG 30 comp?

Domperidona 1MG/ML 200ML Suspen 27/11/2008 - 006 - rx

Tramadol 37,5 mgr + Paracetamol 325 mgr

Le sienta mal el Tramadol de liberación retardada. Solicito interconsulta a Traumatología?

Esta paciente joven presenta una lumbalgia inespecífica y acude a dos médicos distintos; estos actúan de modo muy diferente. No parece que sea un problema de cantidad de conocimientos clínicos lo que puede explicar conductas tan opuestas, sino que sugiere más diferentes actitudes clínicas y profesionales e incluso capacidades personales. Pero solamente vamos a citar dos dimensiones: en primer lugar hay que considerar la dificultad de ?contener? a una paciente que se queja de un dolor muy intenso y que no parece

aceptar explicaciones ni actuaciones precipitadas y sin demasiado fundamento clínico. Ya hemos hablado en otras ocasiones de la importancia de la contención (<http://www.doctutor.es/2015/05/06/el-caso-de-milagros-o-el-milagroso-papel-de-la-contencion-en-la-clinica/>). Pero no hay que olvidar que las dificultades de contención aumentan cuando además existe incertidumbre, sobre todo si no hay una orientación diagnóstica clara y no se pueden excluir etiologías clínicamente más trascendentes. En este artículo nos centraremos en el problema de la incertidumbre y sus consecuencias clínicas inmediatas en la práctica clínica habitual. En un segundo artículo ahondaremos sobre las estrategias más útiles a la hora de afrontarla.

En las dos situaciones clínicas planteadas no podemos a partir del registro de la historia presuponer el contenido preciso de ésta, pero si parece que en la consulta del médico de familia que la atiende en primer lugar se hace un interrogatorio más dirigido a descartar señales de alarma y establecer que el dolor tiene características mecánicas y no inflamatorias. Se anota la hiperestesia, parece que como otro dato en favor de una reacción emocional disfuncional al dolor.

Las derivaciones y las pruebas complementarias tienen a menudo a función de disminuir la incertidumbre del médico. Pero no hay que olvidar que otra forma de disminuir la incertidumbre es una historia y exploración cuidadosa y dirigida a disminuir la posibilidad de cuadros graves con posibles consecuencias sobre la salud general del paciente, especialmente cuando las opciones terapéuticas no son las mismas. Pero eso exige que el médico esté dispuesto y tenga las condiciones necesarias para un juicio clínico fundamentado y cuidadoso, especialmente tiempo. Otro recurso para disminuir la incertidumbre es el seguimiento y la continuidad. En este caso también el médico inicial señala que el cuadro no ha variado a lo largo del tiempo. Quizás se echa de menos que no se señale que se cita de nuevo a la paciente no tanto desde el punto de vista de afinar el diagnóstico sino para ganar la confianza de la paciente y explorar otros aspectos no exclusivamente clínicos.

La falta de tiempo puede acostumbrar al médico a renunciar a esa historia y exploración detallada, a sopesar cuidadosamente los datos disponibles, a citar a la paciente para tranquilizarla y para valorar la evolución del proceso. Una vez que el médico ha perdido esa costumbre no basta simplemente con aumentar el tiempo se requieren otros estímulos. El recurso a las derivaciones y a las pruebas para disminuir la incertidumbre constituye una amenaza para la salud del paciente por el peligro de iatrogenia, pero también supone un auténtico derroche económico en unos tiempos de austeridad presupuestaria.

La incertidumbre una característica de la medicina y de la Atención Primaria.

La incertidumbre es una de las características esenciales de la medicina y especialmente de la atención primaria. Puede ser la consecuencia de la falta de conocimiento necesario por parte del médico o de las propias limitaciones de conocimiento médico (1) y el profesional está sometido permanentemente a la dificultad de determinar cual es el peso concreto de ambas deficiencias, que generalmente coexisten, en cada caso. De hecho en este sentido se ha hablado de incertidumbre intrínseca consecuencia de los límites del conocimiento científico y la incertidumbre derivada de la falta de información por parte del profesional. Esta última puede ser factual, falta de determinados conocimientos, conceptual, la dificultad para aplicar conocimientos generales a situaciones concretas, o técnica cuando se carece de una destreza práctica aplicable a la situación. A estos tipos de incertidumbre se tiene que añadir la incertidumbre personal cuando se carece de la relación suficiente con el paciente para integrar sus objetivos y agenda (2).

Por lo tanto existe una incertidumbre de base (intrínseca) que tiene que ver con el avance científico y las limitaciones de este y de la propia ciencia. A ésta se añade otra incertidumbre más concreta cuando nos situamos ante el paciente. Incertidumbre al tratar de asignar al paciente a una categoría diagnóstica existente e incertidumbre cuando tratamos de escoger la intervención terapéutica apropiada para un paciente, una vez que la enfermedad concreta que padece ha sido identificada con suficiente precisión.

Las razones que justifican la incertidumbre que sufre el médico ante un paciente concreto están condicionadas por la variabilidad entre los individuos, variabilidad tanto biológica como psicocultural. Esta provoca que exista una enorme variedad de factores con gran cantidad de interacciones mutuas. Dos personas con la misma enfermedad nunca se van a presentar de la misma manera ni van a responder del mismo modo a una determinada terapéutica.

Los médicos y los estudiantes de medicina pronto se dan cuenta que las decisiones que toman ya sean relativas a seleccionar una prueba, definir una lista de diagnósticos probables, en fin a establecer un diagnóstico y un pronóstico están llenas de dudas e incertidumbres. Tampoco la dimensión terapéutica cuyo objetivo es recomendar, pautar y controlar un tratamiento se libra, en

muchas ocasiones de la sombra de la inseguridad. La incertidumbre se puede situar tanto en la creación y desarrollo de categorías diagnósticas en general como en definir cual es la terapéutica más apropiada para cada enfermedad. No hay que olvidar que persisten dudas sobre diagnósticos tan frecuentes como la fibromialgia, o los vértigos de origen cervical, por poner solo dos ejemplos, aunque el dolor lumbar de nuestra paciente se puede también incluir aquí.

Esta falta de seguridad de la medicina que despierta incomodidad e incluso frustración en profesionales y pacientes a pesar de que ha sido reconocida desde la antigüedad. Ya Hipócrates sentenciaba: "La vida es breve; el arte, largo; la ocasión, fugaz; la experiencia, engañosa; el juicio, difícil.". El progreso de la ciencia no sirve para eliminar la incertidumbre sino para desplazarla y en numerosas ocasiones para incrementarla (3) haciendo la evaluación científica de los problemas más compleja. El desplazamiento de los límites del conocimiento médico que la ciencia produce puede hacer que la selección de un curso de acción en casos concretos sea más desafiante.

La incertidumbre no solo depende de los límites de la ciencia médica sino que está condicionado por el clima medicolegal, ético y sociopolítico. Los nuevos modelos de gestión, la actitud menos resignada y mas reivindicativa de los pacientes, el aumento de la información con la que estos cuentan, son factores que pueden tener un impacto importante en la incertidumbre que sufre el médico y sobre todo en las consecuencias de esta y como los médicos reacciona ante ella. La amenaza que supone las posibilidades de conflicto con las expectativas del paciente que puede incluso derivar en demandas de responsabilidad medico-penal y los requerimientos de guardar una relación coste-beneficio presionan además en distinta dirección. En especial los análisis simplistas de los gestores y compradores de servicios sanitarios cuando existe mercado de este sector pueden hacer este dilema todavía más difícil de resolver.

Si la incertidumbre es consustancial a la atención médica su relevancia e impacto se multiplica en atención primaria. El médico de familia se enfrenta a la tarea de reconocer y manejar enfermedades en estadios precoces, ve pacientes con problemas y trastornos que desafían las categorías diagnosticas definidas y los límites que se piden a su competencia son en gran medida difusos. La propia prevalencia de la enfermedad en atención primaria produce que los test y pruebas tengan un menor valor predictivo positivo en este contexto, un fenómeno que se amplifica debido a que muchas veces los pacientes acuden a la consulta cuando la evolución de la sintomatología es reciente e incluso ante los primeros síntomas. En esas situaciones el número de posibles diagnósticos se multiplica.

Pero la realidad de la incertidumbre en la práctica clínica choca directamente con la ideología médica que implícitamente preconiza la búsqueda de la perfección y la necesidad y posibilidad de "resolver" efectivamente los dilemas clínicos a los que los médicos se enfrentan, mediante una meticulosa historia clínica, el análisis crítico de los signos y síntomas y la construcción con ellos de una categoría patológica y de esa forma que alumbrar un diagnostico fundamentado.

Frente a este panorama tan lineal y desprovisto dificultades de fondo se alzan las contradicciones reales que surgen, como hemos dicho, de los límites del conocimiento médico pero también de la variabilidad biológica, los resultados inciertos de los test y pruebas, la diferencia individual en la respuesta a los tratamientos, la multiplicidad de los motivos de consulta, los sesgos del médico y el paciente, las diferencias de las opiniones de los expertos y la poca fuerza de la evidencia disponible.

Pero a pesar de estos datos, la medicina está empeñada en la búsqueda de la certidumbre y en la negación de la imposibilidad de alcanzar esa meta. Esta búsqueda está condicionada por las expectativas sociales sobre la potencialidad de la medicina (4)(5). La medicina es bastante difícil sin necesidad de tener la meta de la perfección (6).

La búsqueda obsesiva de la certidumbre en la medicina tradicional contrasta con las nuevas perspectivas científicas, en las que la incertidumbre es algo consustancial a los fenómenos naturales (7). Por lo tanto la incertidumbre no es una característica exclusiva de la medicina sino que la propia ciencia se asienta en una constante y nunca totalmente superable incertidumbre como ha señalado en repetidas ocasiones K Popper (8).

Pero si la enfermedad como fenómeno biológico hace que la certidumbre sea una meta utópica, las dificultades se multiplican cuando se tienen en cuenta las variables psicosociales. Por ejemplo, las vivencias de los síntomas por parte del paciente determinan

como este los expresa y como el médico los interpreta, una interpretación que ya de por sí conlleva una percepción subjetiva de estos desde el punto de vista del profesional. Es por ello que cuando se aborda el problema de la incertidumbre hay que tomar en consideración los procesos de comunicación en la consulta y las deficiencias que se expresan en la relación médico-paciente y que condicionan la efectividad clínica. En la tabla 1 presentamos algunos de los errores más comunes que comprometen la calidad y exactitud de la información clínica obtenida por el médico y la pertinencia del plan terapéutico decidido. .

Tabla 1.

Errores más comunes que comprometen la calidad y exactitud de la información clínica.]

Errores comunes en la comunicación en la consulta.

Interrumpir precozmente el relato del paciente.

Obviar la identificación de las preocupaciones del paciente.

Perder la oportunidad de comprender las perspectivas y sentimientos del paciente.

No legitimar las preocupaciones e ideas del pacientes

No negociar el plan terapéutico.

No promover la participación del paciente en todo el proceso de la consulta.

No asegurarse de la comprensión y entendimiento del paciente.

La incertidumbre tiene consecuencias sobre la atención médica y afecta tanto a los médicos como los pacientes. El caso aquí expuesto no es más que un botón de muestra de algunas de las consecuencias que supone un manejo inadecuado de esta variable inherente a la práctica clínica

Bibliografía

- 1) Fox RC. The evaluation of medical uncertainty. *Milbank Mem Fund Q* 1980; 58:1-49.
- 2) Beresford EB. Uncertainty and the shaping of medical decisions. *Hastings Cent Rep.* 1991;21(4):6?11.
- 3) Raventz J. *The No-Nonsense Guide to Science.* Oxford; New internationalist ,2006.
- 4) Eisler R: *The chalice and the blade,* Harper SF, San Francisco 1987.
- 5) Barsky AJ. The paradox of health. *N Engl J Med* 1988; 318:414-8.
- 6) Hilfiker D . *Making Medical Mistakes.* Harper´s Report. 1980: 59-65.)
- 7) Gleick J: *Chaos: Making of a New Science,* Penguin , New York 1987
- 8) Popper KR. *La lógica de la investigación científica.* Madrid: Tecnos, 1990