

La respuesta a la incertidumbre y a la complejidad clínica. Dilemas y soluciones en la enseñanza a estudiantes y a residentes.

RESUMEN

Juan Gérvas, Doctor en Medicina, médico general jubilado, Equipo CESCA (Madrid, España). jjgervas@gmail.com www.equipocesca.org [@JuanGrvas](#)

SEMINARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA, Nº 28. "INCERTIDUMBRE Y COMPLEJIDAD CLÍNICA". MADRID, 28-29 DE NOVIEMBRE DE 2014.

Nota. En este texto se considera básicamente al estudiante de medicina y al residente de medicina de familia. Pero en mucho puede aplicarse a todas las ramas sanitarias.

Algunas definiciones, precisas para enseñar a estudiantes y a residentes:

1/ Es incertidumbre la percepción de la propia ignorancia.

2/ Es complejidad clínica la combinación que entrelaza al paciente y su enfermar con el profesional [en un contexto determinado] y su concepción de la enfermedad, lo que lleva a un curso imprevisible del encuentro paciente-profesional

3/ El médico es un profesional sanitario altamente cualificado capaz de tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas ante problemas complejos de salud en condiciones de gran incertidumbre, para lo que necesita una continua actualización. Y

4/ La Medicina tiene por fines a/ evitar, tratar y paliar los problemas de salud y b/ ayudar a bien morir.

Para cumplir con estas premisas hay que enseñar al estudiante y al residente que:

1/ La incertidumbre es consustancial a la vida en general y a la actividad médica en particular; por ello lo importante es "aceptar la incertidumbre como animal de compañía" y lograr darle respuesta lógica y sensata (la que produzca mayor beneficio que perjuicio). Un buen médico "domina" la incertidumbre a base de conocimiento y de aprendizaje y así evita el trabajar "sin límites" en lo científico-técnico y "como un robot" en lo humano. Este dominio se entremezcla con el manejo prudente del tiempo clínico pues lo que caracteriza al médico es decidir con rapidez y apropiadamente en condiciones de gran incertidumbre, ante problemas de salud y ante la muerte. No se puede lograr tal capacidad de decisión sin la habilidad social que implica, por ejemplo, lograr entender al paciente en su mundo y tener conciencia de sus pensamientos, vivencias y expectativas.

2/ La prevalencia de la enfermedad es muy distinta en el hospital, en urgencias y en la consulta de primaria y por ello debe ser muy distinta la tolerancia a la incertidumbre en estos ámbitos. En el hospital se concentran recursos humanos y materiales para responder a problemas graves e infrecuentes que por ello no son propios de la atención primaria. Si está bien organizado el sistema sanitario, la atención primaria "filtra" pacientes (a la atención secundaria y terciaria) que tienen muchas posibilidades de tener problemas graves e infrecuentes.

3/ Toda decisión médica puede tener efectos adversos de forma que no cabe "reducir la incertidumbre a cero" pues con cada decisión (de hacer o no hacer) se genera una "cascada" clínica de imprevisible final. En la búsqueda heroica de "diagnósticos perfectos" el paciente puede perder mucha salud. Conviene el diagnóstico oportuno, no el diagnóstico precoz. En atención primaria, y en urgencias, gran parte de los problemas de salud se resuelven con el paso del tiempo, por lo que se precisa la ayuda sostenida que no complica la evolución.

4/ La biometría define con parámetros y normas aparentemente científicos, neutrales y objetivos la salud, la enfermedad y la muerte. Sin embargo, la biometría es una falsa solución a la incertidumbre y complejidad clínicas pues cada individuo, familia, comunidad, cultura y sociedad tiene una forma distinta de enfrentarse a los problemas de salud (y a la muerte). Las "cifras normales", por ejemplo, son siempre ideológicas. La biometría pretende ignorar la ética de la ciencia (y los valores imbuidos en la investigación, la ciencia y tecnología) así como la "tragedia clínico-estadística" (los problemas de la validez externa, y del pasar los resultados de poblaciones y ensayos clínicos al paciente concreto). Este obsoleto barniz científico, del siglo XVIII, introduce arrogancia y soberbia en la biometría y lleva a ofrecer una medicina sin límites.

5/ Los humanos somos seres complejos y la salud responde a esa complejidad. Los humanos y sus creaciones son entidades complejas, de forma que el resultado no es igual a la suma de los componentes, y pequeños (y grandes) cambios pueden tener consecuencias imprevisibles. Las intervenciones médicas y las interacciones pacientes-profesionales tienen siempre una complejidad increíble, mayor en atención primaria al sumarse componentes sociales a los psicológicos y biológicos. Así, por ejemplo, no hay dos consultas iguales, aunque sea la misma "simple" gripe en dos temporadas seguidas en la misma persona o sea la misma persona con una artrosis de cadera bien conocida y estable, pero "harta" de su problema. Lamentablemente, la mayoría de los médicos son "realistas" y trabajan con una simplicidad supina pues conciben al hombre como una máquina muy complicada y a la enfermedad como el daño de alguna pieza que hay que arreglar y en último término substituir. La visión médica "realista" facilita dar respuestas homogéneas, muy uniformes y aparentemente científicas mediante el desarrollo de guías, protocolos y algoritmos que

despersonalizan al paciente y al propio médico y se imponen mediante el uso abusivo del ordenador en la consulta. El paciente deviene "cosa" sumisa y el médico, "mecánico" arrogante. Por consecuencia la Medicina fracasa. Y

6/ En atención primaria, la longitudinalidad, el cupo (lista de pacientes) y el monopolio del primer contacto, son redes de seguridad en la toma de decisiones prudentes. Es longitudinalidad la relación personal a lo largo de años entre el médico y el paciente/familia/comunidad, la mutua aceptación y confianza, la búsqueda de primera atención por el paciente en "su médico" (el médico de cabecera), y la oferta por el médico de servicios sanitarios muy variados, necesarios y resolutivos. El cupo (lista de pacientes) es el conjunto de pacientes que "dependen" de un médico y de los que este se siente primer responsable. Es monopolio del primer contacto la obligación legal de consultar primero con el médico de cabecera, como forma de acceder al segundo y tercer nivel sanitario (papel de filtro). En atención primaria el "conocer" al paciente, y el ser "filtro" para la atención secundaria y terciaria permite el "esperar y ver" si se ha conquistado la confianza del paciente y de su familia y si se tienen conocimientos adecuados para determinar con prontitud los signos de alarma.

El dominio de la incertidumbre y el control del tiempo clínico se pueden enseñar. En parte con un ambiente clínico y docente en el que se evite el sobreuso de pruebas preventivas y diagnósticas y de intervenciones terapéuticas. Donde hay una razonable "intensidad de utilización" de pruebas y terapias hay estudiantes y residentes que utilizan razonablemente los recursos. Además con:

1/ El estudio de casos sobre incertidumbre y tiempo (propios, con auto-registro en vídeo o siquiera sonoro, o ajenos) especialmente en situaciones que se sabe domina habitualmente mal el médico. Por ejemplo, respuesta al paciente con tos, dolor de espalda, catarro alto y/o bajo, dolor abdominal, malestar general, angustia, fiebre, síntomas médicamente inexplicables y al que solicita pruebas "preventivas" (chequeos, cribados de cáncer y otras). Se trata de estudiar los casos y de preparar al estudiante-residente para dar respuestas prudentes, cordiales y científicas a problemas frecuentes. Es especialmente relevante el conocimiento de los signos de alarma, y cómo compartirlos con el paciente y su familia. También es importante el "dominio" de situaciones en que es más difícil el control de la incertidumbre y del tiempo, como la consulta con "acompañante" que presiona, o el aviso a domicilio de paciente recluido en el mismo. Este dominio hay que enseñarlo también mediante el uso apropiado de los registros (por ejemplo, el listado de problemas de salud), de forma que las anotaciones faciliten el mejor control de la incertidumbre y del tiempo en las sucesivas consultas (con el mismo médico o con otro). Dado que el aprendizaje cuesta, nada como los exámenes para comprobar que se logra, del estilo a los residentes en Estados Unidos y en Holanda.

2/ La consideración de la incertidumbre conductual, y no sólo contextual (que depende de la organización y de la profesionalidad) y científica (que depende del conocimiento que existe y que se tiene). Por ejemplo, "La paciente está a punto de llorar, brusca e inesperadamente, consulta por diarrea, joven inglesa que está con una Erasmus, ¿cómo procederías?" o "El paciente quiere hablar de su pronóstico, no le importa tanto saber que va a morir pronto, sino prepararse para ello, ¿cómo llevarías una entrevista con el paciente con ELA que ve que todo se acaba?" o "Esta anciana pizpireta y alegre hoy viene cabizbaja y con enormes gafas negras que no se quita, ¿qué puede haber en esos ojos para ocultarlos y cómo acceder a ellos sin ser ofensivos?" o "El paciente, nuevo, sano, consulta preocupado por haber cumplido los 50, por si tiene que hacerse una PSA, y en un momento dado le pide al médico "Por favor, deje de mirar la pantalla y atiéndame", ¿cómo resolverías la situación?". La incertidumbre clínica tiene que ver con la complejidad de las situaciones y ello depende de las características del paciente y de su familia, y del profesional; no basta con la pura ciencia, ni con la técnica pues la calidad clínica se suma de la calidad científico-técnica y de la calidad humana en el trato.

3/ El aprender a dar confianza ("reassurance") compartiendo la propia y general ignorancia ("ética de la ignorancia") para atemperar las expectativas excesivas de pacientes a veces exigentes. Del tipo de "Sobre la gripe sabemos tan poco que ni siquiera sabemos porqué es en invierno. Se puede imaginar que tampoco tenemos una respuesta final sobre eso que ha leído y que me pregunta de que la vacuna no vale para nada. La verdad es que no disminuye ni las hospitalizaciones ni las muertes por gripe, y que el Tamiflú tampoco sirve. Somos muy limitados, pero sabemos que "lo de siempre" funciona para el trancazo de la gripe: algún analgésico y dejar pasar los días. Quizá lavarse más las manos, para no transmitir el virus, e intentar no ir a urgencias, pues allí los virus flotan". En este campo de la interpretación del riesgo es central el trabajo del Harding Center, del Instituto Max Plank, para cultivar el "alfabetismo estadístico" (las ideas de probabilidad en forma que la entiendan médicos y pacientes).

4/ Los ejercicios teóricos y prácticos que lleven a adquirir el hábito de valorar la incertidumbre según el ambiente de trabajo. Así, por ejemplo, el dolor abdominal agudo es raramente apendicitis en la consulta de primaria (menos del 1%) pero es mucho más frecuente entre los pacientes en urgencias (en torno al 20%), especialmente si vienen derivados por su propio médico de cabecera con el diagnóstico probable de apendicitis (en torno al 50%). Es también buen ejemplo el dolor precordial, y otros muchos más.

5/ El análisis de las "cascadas" diagnósticas y terapéuticas en los casos en que ha habido "complacencia" o miedo a las reclamaciones judiciales (medicina defensiva). En muchos casos los

pacientes sufren gravísimos daños que se podrían haber evitado con una prudente "ética de la negativa". Por ejemplo, las complicaciones derivadas de una TAC cerebral no indicada en una paciente anciana que ha tenido una caída. Cabe el análisis de las consecuencias poblacionales, como la mortalidad por resistencias bacterianas en la Unión Europea y, por ejemplo, la comparación del uso de antibióticos en España frente a los países nórdicos (donde el antibiótico más prescrito sigue siendo la fenoximetilpenicilina). La idea es enseñar que "menos es mejor" (el más sin necesidad no compensa nunca). Y

6/ Analizar el impacto positivo de la longitudinalidad, el "filtro" y el monopolio del primer contacto para crear un clima de confianza y de entrevista respetuosa. Es preciso que el estudiante-residente aprenda a tener serenidad en el apresuramiento, de forma que sepa manejar por ejemplo las "consultas sagradas". Conviene saber manejar la "angustia médica diagnóstica" abriendo puertas tipo "Pues sí, parece que su hijo no tiene nada, que ha sido un golpe sin importancia, pero recuerde lo que le he explicado y si observa algo raro no deje de llamarme; este es el teléfono", o "Esa hemorragia parece típica del final de sus reglas, está cerca la menopausia. Pero si van a más, no deje de volver. Si no puede llamar o le es complicado, sepa que no hace falta que pida hora, se sienta en la sala de espera y me llama la atención". La derivación (la remisión al segundo y tercer nivel) es lo más caro que puede hacer el médico de primaria, y también la "cascada" más peligrosa si es innecesaria; por ello convienen los ejercicios sobre casos clínicos correcta e incorrectamente derivados a los especialistas.

PREGUNTAS

1/ SEA UN ESTUDIANTE DE TERCERO DE MEDICINA A QUIEN LE ENSEÑAN QUE "ANTE TODO GOLPE EN LA CABEZA HAY QUE HACER UNA TAC PARA EVITAR UNA RECLAMACIÓN JUDICIAL", ¿CÓMO SE PODRÍA COMBATIR TAL ESTULTICIA?

2/ ESA RESIDENTE TIENE ESPECIALMENTE "MIEDO" A QUE EL NIÑO CON DOLOR DE GARTANTA Y FIEBRE ACABE TENIENDO UNA MENINGITIS, ¿CÓMO PODRÍAMOS LOGRAR QUE DOMINARA SU FOBIA?

3/ ANTE EL CONTROL DE LA NATALIDAD, LAS MUJERES BÚLGARAS SUELEN

OPTAR POR EL ABORTO, SIN MÁS. ¿CÓMO ENSEÑAR A ESTUDIANTES Y RESIDENTES EL LOGRAR EN UN PUEBLO DE LA MONTAÑA, CON UNA FUERTE COLONIA BÚLGARA, LA INTRODUCCIÓN DE OTROS MÉTODOS, LOS CONTRACEPTIVOS?