

Reflexiones sobre el razonamiento clínico. La toma de decisiones y el método clínico centrado en el paciente

Reflexões sobre o raciocínio clínico. A tomada de decisões e o método clínico centrado no paciente

Reflections on Clinical Reasoning. Decision Making and the Patient-Centered Clinical Method

Juan Antonio Sánchez Sánchez, * Isabel María Hidalgo García, ** Juan Francisco Menárguez Puche,***
Enrique Ortín.****

*Médico de Familia Médico de Familia. Miembro del Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria. ** Médico de Familia. Tutora de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santomera. Miembro del Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria. *** Médico de Familia. Tutor de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Miembro del Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria. **** Médico de Familia. Centro de Salud de Lorquí. Miembro del Grupo de MBE de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria.

N. del E. Este artículo está fundamentado en el libro: *Saura Llamas J. (Editor) Manual de Herramientas Docentes para el Tutor. Instrumentos y ayudas para cumplir los objetivos docentes y las tareas del programa docente de Medicina Familiar y Comunitaria. 2006. Mediprint Ediciones, S.L. Murcia, España. 2006.*

La enseñanza del razonamiento clínico y sus características aplicados a la práctica de la Medicina de Familia (MF), constituye, probablemente, el eje central de la formación del residente de MF durante su estancia en el Centro de Salud. Abordaremos en esta “breve reflexión” los aspectos generales del razonamiento clínico y analizaremos también dos cuestiones directamente relacionadas con el método clínico aplicado por el médico de familia: la docencia en Medicina Basada en la Evidencia y algunas utilidades para ayuda en la toma de decisiones centradas en el paciente.

El Tutor debería ser capaz de:

- **Identificar el modelo de razonamiento que utiliza en su consulta.**
- Enumerar los elementos fundamentales que influyen en la toma de decisiones en la consulta.
- **Definir las necesidades propias de formación para la práctica de la Medicina Basada en la Evidencia como una estrategia metodológica de apoyo al razonamiento clínico.**
- Interpretar adecuadamente las partes de un árbol de decisiones.
- **Elaborar un plan docente del Residente de Medicina de Familia en razonamiento clínico y MBE, durante la estancia en el Centro de Salud.**

Los profesionales en MF presentan notables diferencias en su toma de decisiones respecto al proceso desarrollado en el medio hospitalario. *El Médico de Familia se enfrenta a problemas de salud o síntomas más que a diagnósticos definidos.* Además, en muchas ocasiones tiene que atender a pacientes con etapas muy iniciales y poco estudiadas de las enfermedades. Como diferencias específicas de su perfil de actuación con el del medio hospitalario se han señalado el amplio rango de problemas que atiende,¹ que la prevalencia de las enfermedades es distinta, que los problemas de salud se presentan de una forma diferente (poco diferenciada) y el importante papel que juegan los problemas psicológicos en la manifestación de las enfermedades. A su vez difiere la interrelación del paciente con el profesional, con un contacto más personal y continuado con el paciente y su familia y con consultas más cortas y frecuentes.

En la toma de decisiones en MF participan muchas variables que modulan la actuación de los profesionales. Se han aportado hasta 93 elementos agrupados en 10 categorías, que pueden estar presentes y que afectan a las decisiones. (Tabla 1).² Estas categorías van desde:

- el problema de salud,
- el paciente (expectativas, cultura, cumplimiento...),
- la familia, el médico (carga de trabajo, incertidumbre, dificultades de comunicación)
- los recursos disponibles.

Un resultado de la interacción de todos estos factores es que en MF dos pacientes con el mismo trastorno pueden ser tratados de forma muy distinta. La variabilidad interprofesional es consecuentemente muy alta.

Tabla I. Factores que afectan las decisiones en Medicina de Familia

FACTORES QUE AFECTAN LAS DECISIONES EN MEDICINA DE FAMILIA	
DEL PROBLEMA DE SALUD (ENFERMEDAD)	<i>Etiología, diagnóstico diferencial, fiabilidad de la información, contagiosidad, datos objetivos, Historia natural, prevalencia, problemas pasados o presentes, seriedad/ severidad, urgencia, duración.</i>
DEL PACIENTE	Edad, aceptación del médico, pertenencia a la lista de pacientes o desplazado, comportamiento (adicciones, violencia), cumplimiento, cultura, incapacidad, expectativas, experiencia, memoria, escala mental, nacionalidad, ocupación, embarazo, prejuicios/valores, alergias, circunstancias sociales/familiares, respuestas previas a tratamientos.
DE LA FAMILIA	<i>Historia y ciclo familiar, Necesidades de información, impacto del problema, respuestas.</i>
DEL MÉDICO	Dificultades en la comunicación, experiencias previas, ausencia de habilidades/experiencia, conocimientos, estado mental, cansancio, prejuicios/valores, reacción a los problemas; relación con compañeros, paciente, familiares, incertidumbre, carga de trabajo.
OTRAS PERSONAS	<i>Efectos del problema en otras personas y en la comunidad, presiones externas, personas que acompañan al paciente, personas que envían al paciente ,estudiantes o residente presente en la consulta, respuestas/opiniones de otras personas y de otros médicos.</i>
RECURSOS	Localización, accesibilidad, limitaciones recursos del hospital.
FACTORES CRONOLOGICOS	<i>Día de la semana, lista de espera.</i>
MÉDICO-LEGAL	Confidencialidad, factores éticos, responsabilidad, factores legales.
GESTIÓN (PROTOCOLIZACIÓN)	<i>Factores administrativos, contraindicaciones, indicaciones para iniciar/continuar la terapia. Contraindicaciones de la medicación factores económicos, efectividad, errores, opciones alternativas, protocolos del Centro de Salud.</i>
PRUEBAS SOLICITADAS	Indicaciones, fiabilidad, resultados.

(Fuente: Essex BJ, 1985).

En la toma de decisiones por el médico de familia; en los estudios de la licenciatura y en algunas rotaciones hospitalarias el residente habrá conocido y trabajado con el método del razonamiento exhaustivo. Este es el que clásicamente se ha enseñado en la medicina: la investigación concienzuda e invariable de todos los hechos médicos

respecto al paciente sin prestarle excesivo caso a los síntomas actuales, seguida de una selección de datos útiles para el paciente. Contiene dos etapas: *primero obtener toda la información y luego analizarla en su conjunto*. Supone la realización de una anamnesis completa (antecedentes familiares, personales, enfermedad actual), exploración por aparatos y solicitud de pruebas complementarias). En Medicina de Familia, generalmente, se suele llegar al diagnóstico por otros métodos, como *el reconocimiento del patrón de enfermedad y el método hipotético deductivo*.

El reconocimiento del patrón es la compresión inmediata de que la presentación del paciente corresponde a una descripción aprendida previamente (patrón de la enfermedad). El reconocimiento suele ser visual o auditivo. Supone el diagnóstico certero a primera vista (ejemplos: un molusco contagioso, una marcha de enfermedad de parkinson o un exoftalmos en una enfermedad de Graves). Permite, diagnósticos de “alta probabilidad”, invirtiendo poco tiempo en el proceso. En MF se suele recoger mentalmente -para cada uno de los problemas- los aspectos subjetivos, objetivos (productos de la exploración y/o pruebas complementarias), una evaluación (hipótesis diagnóstica) y un plan de actuación. El método hipotético deductivo es un método diferente, pero no por ello menos científico o sometido a los controles de la experiencia y de la razón que el método exhaustivo.

Otro aspecto fundamental en la enseñanza al residente es el **enfoque de la atención centrada en el paciente**, habitual en nuestro medio y que supone otro gran cambio cualitativo respecto a la habitual atención hospitalaria. La incertidumbre y los errores más frecuentes al estimar probabilidades.

Tabla II . Tendencias psicológicas y algunos errores más frecuentes al estimar probabilidades

DISPONIBILIDAD La probabilidad de un diagnóstico se correlaciona con la facilidad con que viene a la mente esta enfermedad: recuerda algún error previo, o enfermedad diagnosticada reciente o sobre la que hay una preocupación social. (Una paciente atendida en la consulta con un cuadro de mareo y sensación ocasional de “atragantamiento” fue diagnosticada de esclerosis en placas. Durante una temporada en todos los mareos se pensaba como posible causa en esta entidad).
REPRESENTATIVIDAD Una enfermedad rara -es muy probable- si un paciente tiene los síntomas clásicos o representativos de la enfermedad (Por ejemplo, pensar que tiene una enfermedad de Cushing a todos los pacientes hipertensos, diabéticos y con obesidad troncular).
COSTOS HUNDIDOS Si se ha invertido un importante esfuerzo en perseguir un importante diagnóstico el resultado de esta estrategia diagnóstica puede parecer más probable de lo que en realidad es y se continúa en la misma línea para no desperdiciar lo invertido.
ANCLAJE Y AJUSTE Si se establece un diagnóstico diferencial entre una enfermedad con una prevalencia del 75% y otra del 0.0001%, las probabilidades se anclan en el medio: los diagnósticos improbables quedan sobre evaluados y los más probables infravalorados.
FAVORITISMO Se buscan más los datos que apoyen la hipótesis principal que hemos seleccionado, pero no se buscan datos que puedan descartarla.
TENDENCIA A UN SOLO DIAGNÓSTICO En vez de pensar en varios diagnósticos asociados en el tiempo, asociamos los síntomas pensando en una sola enfermedad.(Ante la asociación de Hipertensión, taquicardias y sofocos: pensar como muy probable, en un síndrome carcinoide)
ATRAPAMIENTO POR LA EXPECTATIVA PREVIA No valoramos indicios aportados por el paciente sobre todo, si no son aportados al inicio.(En un episodio de orquitis en un adolescente, no valorar la presencia de una posible parotiditis relatado después de la primera visita).
REGISTRAR INFERENCIAS Hay una tendencia en registrar inferencias, en vez de describir los hallazgos. (Un exantema maculoso, no pruriginoso y generalizado fue registrado en la historia clínica de la paciente como una urticaria. El diagnóstico de lúes secundaria se pudo ver dificultado por esta circunstancia).
REDUNDANCIA Búsqueda inexorable de un diagnóstico en una persona que se está recuperando de un proceso. Uso de pruebas complementarias cuando con la observación clínica es suficiente para llegar al diagnóstico.

Fuente: Coulehan. El Interrogatorio médico. Los ejemplos, entre paréntesis están extraídos de la experiencia personal de los autores

El Médico de Familia se suele convertir en un experto en tolerar y manejar la incertidumbre. Aprende a esperar sin intervenir cuando es adecuado y a derivar a otros niveles, aunque no tenga un diagnóstico definido, cuando

hay signos suficientes de sospecha. Ello le obliga a conocer los errores más frecuentes que se pueden cometer en la estimación de probabilidades.

Se han descrito como fuentes de incertidumbre en la práctica clínica: características técnicas, personales y conceptuales.³ Las técnicas están generadas por una insuficiente información para predecir de forma adecuada el pronóstico o el efecto de la intervención y abarcan desde la dificultad para disponer del conocimiento, la variabilidad natural biológica, a la ignorancia sobre los procesos físicos. Las personales tienen su origen, básicamente en aspectos de la relación médico paciente, como la influencia de las emociones. Las conceptuales provienen de una dificultad para evaluar las diferentes necesidades de los pacientes que compiten por los mismos recursos o la aplicación de criterios generales, por ejemplo, las guías a pacientes individuales.

La Medicina Basada en la Evidencia puede contribuir a reducir la incertidumbre originada por aspectos técnicos. El modelo de atención centrado en el paciente, supone una aportación del trabajo del clínico en atención primaria que ha enriquecido el proceso de atención sanitaria. En éste y a diferencia del modelo centrado en la enfermedad, se incorporan los valores del paciente para la toma de decisiones. El médico trata de entrar en el mundo del paciente y de ver la enfermedad a través de sus ojos. La habilidad crucial para desarrollarlo es ser receptivo a las cuestiones que el paciente plantea. Mediante un comportamiento verbal y no verbal es preciso mostrar una actitud de apertura a las razones y expectativas del paciente. El objetivo es conocer esas expectativas, sentimientos y valores para poder integrarlas en el proceso de toma de decisiones.

Referencias

1. Gale J, Marsden Ph.,*Diagnos :process not product.* En Sheldon M., Brooke J., Rector A, editors. *Decision-Making in general practice* .pgs. 59-90. Stockton Press, NuevaYork. 1985.
2. Essex B.J. *Decision Analysis in general Practice.* En En Sheldon M., Brooke J., Rector A, editors .*Decision-Making in general practice..* 183-197 Stockton Press, NuevaYork. 1985.
3. Hall KH, *Reviewing intuitive decision –making and uncertainty: the implications for medical education.* Medical Education 2002, 36: 216-24.