

# El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: no todo son cebras y caballos

José Luis Turabíán Fernández<sup>a</sup> y Benjamín Pérez Franco<sup>b</sup>

## LECTURA RÁPIDA

### El uso adecuado del término «diagnóstico»

El análisis acerca de cómo se hacen diagnósticos inicialmente se ha dirigido a describir el razonamiento del médico experto, y más tarde ha estado influido por los modelos estadísticos.

### Caballos y cebras

Cuando un paciente llega a la consulta con un nuevo problema, en medicina de familia (MF) se debe afrontar una cierta cantidad de incertidumbre sobre su evaluación y tratamiento óptimo.

La medicina basada en la evidencia es el esfuerzo de mayor éxito para aplicar la teoría estadística a la decisión clínica.

## El uso adecuado del término «diagnóstico»

El análisis acerca de cómo se hacen diagnósticos inicialmente se ha dirigido a describir el razonamiento del médico experto, y más tarde ha estado influido por los modelos estadísticos<sup>1,2</sup> (tabla 1). Pero es un terreno en el que falta mucha investigación realizada desde la práctica<sup>3-5</sup>. La realidad es que «diagnóstico» es un término que se refiere a un «procedimiento orientado al diagnóstico»<sup>6,7</sup>.

## Caballos y cebras

Cuando un paciente llega a la consulta con un nuevo problema, en medicina de familia (MF) se debe afrontar una cierta cantidad de incertidumbre sobre su evaluación y tratamiento óptimo. La incertidumbre se representa frecuentemente en términos de probabilidad o razonamiento normativo, y la medicina basada en la evidencia (MBE) es el esfuerzo de mayor éxito para aplicar la teoría estadística a la decisión clínica: «los caballos y las cebras»<sup>8</sup>; debemos pensar en primera instancia en los problemas más frecuentes, pero también estamos obligados a pensar en aquellas enfermedades excepcionales, pero graves. Sin embargo, el razonamiento humano bajo condiciones de incertidumbre no es normativo; esta forma

de pensar puede ser deseable en el juego del póker, pero no en MF. El criterio inicial para valorar el éxito de un acercamiento a la incertidumbre será el que sea útil. Considerar a los seres humanos como procesadores perfectos de información no sólo es inadecuado, sino que es improbable que permita realizar un razonamiento eficiente e inteligente<sup>9</sup>.

## ¿Diagnóstico o gestión de la incertidumbre? La historia del rey Salomón

Era un rey famoso por su sabiduría. Una vez se acercaron a su audiencia 2 mujeres que declaraban ambas ser la madre de un bebé. Salomón tenía pocas evidencias ya que no había testigos..., y los 2 testimonios parecían igualmente plausibles. Su solución fue ordenar partir en 2 al niño. Cuando una de las mujeres protestó diciendo que prefería que se lo dieran a la otra antes de que lo mataran, el rey reconoció que ella era la madre verdadera. Salomón usó el conocimiento del sentido común para llenar los vacíos de la evidencia, y para la obtención de más evidencia. Una decisión «buena» es aquella cuya ejecución reduce la incertidumbre, generalmente al obtener más información, o reduce el impacto de la incertidumbre. El control de un problema es básicamente decidir sobre «qué haré después?». En MF tendemos a movernos desde el «diagnóstico» hacia el «proceso de gestión de la incertidumbre» (tablas 1 y 2).

## Gestión de la incertidumbre en la consulta

La complejidad del diagnóstico se relaciona ante todo con la incertidumbre que acompaña a los problemas de la atención médica. Además, hay que tener en cuenta lo individual y único de cada paciente. Podemos discriminar entre muchos enfoques para reducir la incertidumbre, así como en-

<sup>a</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Polígono Industrial. Toledo. España.

<sup>b</sup>Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud La Estación. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Correspondencia: Dr. J.L. Turabíán. Centro de Salud Polígono Industrial. Calderón de la Barca, 24. 45313 Yepes. Toledo. España. Correo electrónico: jturabianf@meditex.es

Manuscrito recibido el 28 de marzo de 2005. Manuscrito aceptado para su publicación el 3 de abril de 2006.

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA

Considerar a los seres humanos como procesadores perfectos de información no sólo es inadecuado, sino que es improbable que permita realizar un razonamiento eficiente e inteligente.

### Gestión de la incertidumbre en la consulta

La complejidad del diagnóstico se relaciona ante todo con la incertidumbre que acompaña a los problemas de la atención médica. Además, hay que tener en cuenta lo individual y único de cada paciente.

La adecuación de la evidencia depende de para qué va a usarse. Además, hay que ver la evidencia en su contexto. La misma evidencia no tiene el mismo peso para cada contexto.

**TABLA 1**  
**Del «diagnóstico» a la gestión de la incertidumbre**

Proceso	Métodos	Descripción
Diagnóstico	Sintomatológico	El síndrome: un conjunto de agregados relacionados con un mecanismo común
		El signo guía: siguiendo su fisiopatología justificar los asociados y realizar una hipótesis diagnóstica
		El reconocimiento de modelos: el cuadro simplemente se «reconoce»
		Método hipotético-deductivo: establecer unas hipótesis en función de la recopilación de datos iniciales
Gestión de la incertidumbre	Estadístico	La abducción: diagnóstico en función de la respuesta al tratamiento
		Frecuentista y bayesiano
	El enfoque de ingeniería	Redefiniendo o limitando la tarea de forma que se evite la incertidumbre inherente
		La diversificación
	Inferencias paralelas de certeza	«Si A y B y C, entonces D»
	El acercamiento de control	Programas de inteligencia artificial
Fenomenológico	Describiendo el modo particular de experiencia y conducta de un paciente y su relación con él mismo y con el mundo	
Técnicas cualitativas		

**TABLA 2**  
**Algunas técnicas cualitativas de gestión de la incertidumbre**

Algunas técnicas cualitativas de gestión de la incertidumbre	Descripción
La contextualización	Si me imagino a mi paciente como un campo de batalla con múltiples recursos y con múltiples amenazas, ¿qué haría yo como general de este campo de batalla? Dime con quién andas y te diré quién eres
	¿Me faltan datos sobre un problema o caso clínico? Para documentarme más ¿necesito menos información del problema y más del contexto? ¿Puedo percibir la diferencia entre el fondo y la figura para poder ver su forma? ¿Puedo percibir la posición en el espacio del paciente, su familia y su comunidad en su relación mutua o en relación con nosotros mismos?
La experiencia	¿Qué experiencias concretas de mi pasado avalan mi decisión actual? ¿Cuáles la contraindican?
La continuidad de atención	¿En el curso de mi relación con este paciente, no sólo en la situación actual, la decisión que estoy tomando es o no la más adecuada? Si tomo esta decisión, ¿cómo puede verse afectada mi relación futura con este paciente?
El sentido común	¿Si yo no hubiese estudiado medicina, esto que estoy haciendo me parecería lógico? De no ser así, ¿es derivado de una verdadera tecnología médica o de una sistemática e inconsciente aplicación del rol especial de médico?
La emoción e intuición	¿Me siento cómodo personalmente con lo que estoy haciendo? ¿Mi primer impulso tiene sentido? Si lo seguí, ¿avala mi reflexión posterior este impulso? Si no lo seguí, ¿podría ser que mi reflexión haya ocultado una verdad más grande?
La prueba del tiempo; esperar y ver	¿Voy haciendo lo que voy pudiendo? Si es así: esperar

tre diferentes clases de evidencias, y juzgar la «utilidad» de ésta y decidir si tiene valor obtenerla. La adecuación de la evidencia depende de para qué va a usarse. Además,

hay que ver la evidencia en su contexto. La misma evidencia no tiene el mismo peso para cada contexto. Y puede ser adecuada en un contexto, pero no en otro. Por lo tan-

to, las interpretaciones de «verdadero» y «falso» hay que modificarlas. Una conclusión puede ser «suficientemente cierta» en una situación, pero no en otra.

Por otra parte, hay grados de confianza en las evidencias: por ejemplo, en la mayoría de los contextos, el testimonio de un testigo es preferible a la evidencia circunstancial, la evidencia directa a la indirecta, la corroboración a la contradicción, la inferencia a la suposición.

El sentido de «maestría clínica» se asocia con la habilidad o la capacidad de gestionar la incertidumbre de la consulta, y hay un cierto número de estrategias clínicas para esta toma de decisiones (tablas 1 y 2). Cada una de esas estrategias dispone de cierto número de técnicas clínicas. Además de la secuencia diagnóstica sintomatológica o de criterios, que se ajusta al modelo médico de enfermedad, hay otras formas cualitativas de enfocar la práctica diagnóstica que tratan de usar la impresión holística que el médico obtiene de un paciente y su situación. Aquí, el contexto es el que controla y dirige el análisis de la clínica y de la bibliografía –la MBE– para ese paciente<sup>6</sup>.

## Bibliografía

1. Custers EJFM, Stuyt PMJ, De Vries Robbé P. Clinical problem analysis (CPA): a systematic approach to teaching complex medical problem solving. *Acad Med.* 2000;75:291-7.
2. Gill CJ, Sabin L, Schmid CH. Why clinicians are natural bayesians. *BMJ.* 2005;330:1080-3.
3. Corral Corral C. El razonamiento médico. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
4. Eddy DM, Clanton CH. The art of diagnosis: solving the clinicopathological exercise. *N Engl J Med.* 1982;306:1263-8.
5. Elstein AS, Schwarz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *BMJ.* 2002; 324:729-32.
6. Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Una forma de hacer operativo el pragmatismo clínico: sistematización del modo de acción de los médicos competentes. *Med Clin (Barc).* 2005;124:476.
7. Hunter KM. Doctors' stories. The narrative structure of medical knowledge. Princeton: Princeton University Press; 1991.
8. Smith CS, Douglas SP. Hen you hear hoof beats: four principles for separating zebras from horses. *J Am Board Fam Pract.* 2000;13:424-9.
9. Cohen PR. Heuristic reasoning about uncertainty: an artificial intelligence approach. London: Pitman Advanced Publishing Program; 1985.

### ▶▶ LECTURA RÁPIDA

▼  
Hay grados de confianza en las evidencias: en la mayoría de los contextos, el testimonio de un testigo es preferible a la evidencia circunstancial, la evidencia directa a la indirecta, la corroboración a la contradicción, la inferencia a la suposición.

▼  
Además de la secuencia diagnóstica sintomatológica o de criterios, que se ajusta al modelo médico de enfermedad, hay otras formas cualitativas de enfocar la práctica diagnóstica que tratan de usar la impresión holística que el médico obtiene de un paciente y su situación.