

El manejo de la incertidumbre. Tres casos clínicos en un centro de salud rural

Pérez Pascual M

Residente de tercer año. Medicina Familiar y Comunitaria. Área 2. Madrid

Durante nuestra formación como médicos de familia, según el programa de la especialidad, adquirimos gran parte del conocimiento y la práctica en el ámbito hospitalario, tanto en planta y consultas externas como en urgencias. Esto hace que nos acostumbremos a utilizar casi en todos los casos pruebas diagnósticas para afirmar o descartar un diagnóstico, muchas veces desencadenando un efecto en cascada^{1,2}. La sensación que queda es que todo síntoma necesita un diagnóstico, un nombre y apellido, y que no hay lugar para la incertidumbre³.

La convivencia con la incertidumbre clínica es cuestión habitual en la práctica clínica de los médicos generales y de familia en los centros de salud, y mucho más cuanto más alejados están del hospital. Se tolera la incertidumbre, por ejemplo, ante los llamados "síntomas médicamente inexplicables" ("medically unexplained symptoms" en la literatura inglesa), que incluyen dolor, cansancio, ansiedad, mareo, síntomas musculoesqueléticos, síntomas alérgicos y cambios dermatológicos entre otros, que no encajan con ningún diagnóstico a priori, que persisten a lo largo del tiempo y que pueden ser controlados ambulatoriamente⁴⁻⁷.

El buen médico reduce la incertidumbre (probabilidades) hasta un cierto punto prudente, y después actúa para ayudar al paciente. El médico general y de familia dispone de un acervo de información blanda que aumenta la probabilidad preprueba, pues conoce al paciente gracias a la continuidad y longitudinalidad de la práctica diaria⁸.

En este texto analizaré teórica y prácticamente los aspectos más relevantes del manejo de la incertidumbre clínica mediante la aplicación de conocimientos expuestos por otros autores^{8,9}.

CASOS CLÍNICOS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE UN PACIENTE QUE "HABLA" CASI AL IRSE

Jorge es un joven de 33 años, tiene novia con la que en unos meses se unirá en matrimonio. Por ese motivo se le ve contento en todos los ambientes en los que se mueve, como relataron sus compañeros de trabajo.

Jorge trabaja en una de las casas de integración social de los pueblos de la Sierra Norte de Madrid. Delante de la pantalla del ordenador sufrió bruscamente una pérdida de conocimiento de la que se recuperó a los pocos segundos. Sus compañeros de trabajo le trajeron rápidamente al centro de salud de Buitrago, con un poco de recelo porque no sabían si podría ser atendido allí debido a que él no pertenece a ese centro de salud. En la consulta de Buitrago se encontraron con el médico de uno de los compañeros de trabajo de Jorge, quien les atendió encantado.

Jorge nos comentó que esta sensación de visión borrosa, sudoración y mareo le había sucedido otras veces cuando había entrado en algún hospital o al sacarle sangre, pero que nunca había perdido el conocimiento. Tras el examen físico y el ECG se le diagnosticó un síncope vasovagal, en principio sin importancia, y le recomendamos que se fuese a casa ese día.

Puesto que las circunstancias no estaban claras, antes de terminar la consulta pedimos a los acompañantes que saliesen un momento a la sala de espera y fue en la intimidad donde Jorge nos comentó abiertamente y con confianza su verdadero problema, "el bulto testicular" y su miedo a padecer un cáncer y



sobre todo la repercusión que esto tendría en este momento de su vida. Llevaba una semana preocupado por un bulto que se había notado en un testículo, y ese día, al buscar en Internet sobre el tema, empezó a angustiarse pensando en que podía ser un tumor testicular; además iba a casarse! Después de explorarle, le diagnosticamos un quiste epididimario y fueron necesarios unos 15 minutos para tranquilizarle explicándole en qué consistía, el tratamiento que tenía y que debía ir a su médico de atención primaria para el seguimiento. La cara de Jorge expresaba alivio al saber que su problema se resolvería en unos días y siguió trabajando ese día con su habitual buen humor.

COMENTARIO 1

No tenemos que olvidarnos de que hay varios diagnósticos diferenciales ante los mismos síntomas, el del médico, el del paciente y si hay una tercera persona ésta también elaborará su diagnóstico^{9,10}. El paciente está condicionado por múltiples circunstancias que *calibran* la alarma ante el problema de salud. Los medios de comunicación nos bombardean con distinta información, muchas veces sesgada, otras veces información que no todos los públicos pueden *digerir* igual. Por ejemplo, la campaña "ante cualquier lunar (nevus) sospechoso acuda al dermatólogo". Así, las experiencias de amigos o familiares también influyen en que el paciente piense que le puede pasar a él lo mismo, tener un cáncer de útero ante un dolor abdominal difuso, tener un tumor cerebral ante un dolor de cabeza...³ Es curioso observar que la mayoría de estos diagnósticos presentan en primer lugar el cáncer. Quizá porque estamos en la época de los factores de riesgo, entre ellos los del cáncer (el tabaco, el alcohol, el sol, la cafeína, la sacarina...)¹¹.

La empatía e identificación con el paciente nos acercan a él, hacen que se sienta comprendido; al darle argumentos coherentes y fuertes, con probabilidades de enfermedad y explicaciones fundadas, se le ayuda a entender la importancia de los síntomas y la posibilidad de esperar sin riesgo⁹.

COMPARTIR LA INCERTIDUMBRE CON EL PACIENTE Y SU FAMILIA

Faustina es una mujer viuda, de 91 años, que ha vivido en el pueblo siempre y que ahora realiza una vida muy sedentaria, con apenas algún paseo acompañada por su hija soltera con la que vive. El pueblo tiene apenas 30 habitantes.

Un día nos avisa la hija para que vayamos a ver a su madre porque presenta fiebre alta y ha sido imposible levantarla de la cama. Le dijimos que al terminar la consulta nos pasaríamos por su casa. A la llegada del médico al domicilio, la paciente está encamada con palidez y apenas saluda. Ayudado por la hija, el médico explora a Faustina y le diagnostica neumonía.

En este momento se le plantea al médico el dilema de tratar a Faustina en casa o mandarla al hospital que está a 100 Km de distancia. Dos circunstancias fueron definitivas para la decisión del médico: por una parte la conversación con la hija, pues se compromete a atender a su madre en casa (el médico conoce a la familia desde hace unos años y sabe que la hija es persona coherente, capaz de seguir el tratamiento correctamente en casa y que si empeorase avisaría inmediatamente); por otra parte, hace pocas semanas el médico derivó por el mismo motivo a un vecino al hospital y, tras ser dado de alta, actualmente presenta un deterioro cognitivo y físico agudizado como consecuencia de la hospitalización.

Decidida la atención en domicilio, Faustina pasará esa noche en casa y la hija se queda con el número de teléfono personal del médico. Esa noche éste no durmió tranquilo pensando que en cualquier momento podía tener una llamada de empeoramiento (parte del precio que se paga en ocasiones por controlar la incertidumbre, por decidir sin toda la información, por intentar acertar por aproximación y no equivocarse con precisión).

Al día siguiente, el trabajo empezó en el domicilio de Faustina. La paciente había pasado buena noche, tenía ya sólo febrícula y estaba más despierta. Sus dos hijas estaban con ella y se las veía tranquilas. A las 72 horas la paciente estaba sentada, sin apetito, pero había empezado la ingestión de alimentos. Se acordó

con la paciente y familia seguir observando la evolución, que iba muy bien y en caso de duda que volviesen a llamar. En total fueron 5 visitas las necesarias, pues Faustina comenzó con un cólico renal a los pocos días, probablemente consecuencia de la deshidratación secundaria a la fiebre, y expulsó un cálculo renal.

La familia sintió en todo momento apoyo por parte de su médico y su enfermera. Ahora Faustina ha vuelto a su rutina habitual, su pequeño paseo del brazo de su hija.

COMENTARIO 2

Cuando el paciente está acompañado de un familiar, puede facilitar las cosas si éste expresa que “ve bien o mal” al paciente a pesar de los síntomas. La cooperación del médico con el familiar logra un apoyo en el seguimiento del paciente y puede además darnos datos sobre síntomas inespecíficos, si cree que el paciente puede estar más preocupado por algo, si hay problemas en casa, en el colegio...¹²

El manejo de la incertidumbre cambia según el paciente vaya a estar acompañado o vigilado. El soporte social sobre todo los primeros días es importante en caso de que la clínica empeorase. Especialmente en pacientes mayores, que muchas veces no pueden tomar las decisiones, la relación con el familiar-cuidador es esencial. Para manejar la situación más fácilmente es necesario informar continuamente al familiar, darle pautas sobre cómo mejorar el cuidado del enfermo y en qué situaciones debe preocuparse y avisarnos¹³.

IDENTIFICACIÓN CON EL SUFRIMIENTO DEL PACIENTE

Juana tiene 69 años, es viuda, vive con su hermano, más joven, y su tía que al quedarse viuda se fue a vivir con ellos. La llegada de la tía a la casa suscitó un sentimiento de rivalidad entre ella y Juana por recibir los cuidados del hermano. Juana vive afectada por el profundo impacto que produjo en ella la intervención de un tumor vertebral, más aún porque el diagnóstico tardó en realizarse. Desde entonces está alerta ante cualquier síntoma que pueda tener y

acude a la consulta todos los miércoles, que es cuando va el médico al pueblo.

En una de las consultas, en noviembre, comentó que llevaba unos días con dolor de cabeza a lo que siguió la solicitud de una TAC cerebral “para ver que no tuviese nada malo”. Conociendo a la paciente, hubo que identificarse con ella y con lo que había pasado anteriormente para entenderla; pero, por otra parte, tras una exploración completa normal, intentamos tranquilizarla y le dijimos que observaríamos el dolor y le daríamos tratamiento para ello.

La paciente acudió varias veces más, todas las semanas, por el mismo motivo, sin agravamiento ni cambios en la exploración, a veces cumpliendo el tratamiento y otras no (por el miedo a los posibles efectos secundarios). Juana es una mujer que requiere mucha paciencia y empatía por parte de su médico, lo que no significa que no se tengan en cuenta los síntomas y la repercusión en su día a día, y en un futuro, si se viese necesario, accederíamos a su petición.

COMENTARIO 3

Son cada vez mayores las actividades respecto a lo que desean y buscan los ciudadanos cuando enferman, y en general se demuestra un mayor deseo de participar en las decisiones que se tomen en las consultas¹⁴ (no hay que olvidar que sólo los pacientes son expertos en sus vidas, son ellos los que conocen su experiencia de dolencia y sus circunstancias sociales, hábitos, conductas, actitudes, valores y preferencias^{15,16}).

Uno de los nuevos modelos de atención es la consulta centrada en el paciente, donde se tiene en cuenta no sólo el problema del paciente sino también sus opiniones, creencias y expectativas, se consideran las emociones como parte de aspectos médicos del problema y se informa al paciente para que sea capaz de responsabilizarse de su salud. Se intenta comprender las quejas, los signos y síntomas como expresión de las tensiones, conflictos y problemas del paciente¹⁷.

La clave del método es permitir que el paciente transmita el mayor flujo posible de información, incluyendo la expresión de sus sentimientos; por eso, la



escucha activa y la respuesta a los indicios de sentimientos y valoraciones, verbales y no verbales, son tan importantes. Además, esta comprensión es específica de cada paciente, ya que la dolencia es el reflejo de su mundo personal y único^{9,10}.

Este tipo de consultas consume más tiempo a priori, pero a medio y largo plazo se consigue comprender mejor al paciente y su problema, y se trata de llegar a un acuerdo sobre la naturaleza de éste y la estrategia a seguir^{18,19}.

CONCLUSIÓN

La incertidumbre es una constante en las consultas de atención primaria y los profesionales tenemos que aceptarla y convivir con ella en el día a día. Nuestros

pacientes cada vez quieren que se les informe más y tomar parte en las decisiones que se adopten respecto a su salud. Por ello tendríamos que cambiar la mentalidad, compartir la incertidumbre con nuestros pacientes y alejarnos del modelo paternalista para ir poco a poco centrando la consulta en el paciente y hacerle copartícipe de las decisiones⁹.

AGRADECIMIENTOS

Mi sincero agradecimiento a los profesionales del CS Buitrago de Lozoya por enseñarme su manejo de la incertidumbre, y a los pacientes, por ser motivación para superarnos. Hago mención especial a mi tutor, Juan Gervas, por saber transmitir de ese modo su conocimiento y experiencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clin (Barc)* 2002;118:65-7.
2. Mold JW, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl J Med* 1986;314:512-4.
3. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q* 2002;80:237-60.
4. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: perceptions of physicians in primary care. *Family Practice* 2004;21:199-203.
5. Smith RC, et al. Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *J Gen Intern Med* 2006;21:671-7.
6. Jackson JL, Passamonti M. The outcomes among patients presenting in primary care with a physical symptom at 5 years. *J Gen Intern Med* 2005;20:1032-7.
7. Jackson JL, Kroenke K. Managing somatization: medically unexplained should not mean medically ignored. *J Gen Intern Med* 2006;28:343-51.
8. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria* 2005;35:95-8.
9. Torio Durántez J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF* 2006; 2:320-331.
10. Bergh K. The patient's differential diagnosis. Unpredictable concerns in visits for acute cough. *J Fam Pract* 1998;46:153-158.
11. Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria* 1998;22:585-95.
12. Yurss I. Atención a la familia: otra forma de enfocar los problemas de salud en atención primaria. Instrumentos de abordaje familiar. En: www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2 (Última visita el 21/03/08).
13. Silliman RA. Caring for the frail older: the doctor-patient-family caregiver relationship. *J Gen Intern Med* 1989;4:237-41.
14. Prados Torres D, Leiva Fernández F. Incertidumbre en medicina de familia y toma de decisiones compartidas con el paciente. *Aten Prim* 2006;38:531-4.
15. Ruiz Moral R, Prados Torres D, Cabrera Rodríguez JM. La voz de los pacientes: mejorando el entendimiento entre médicos y pacientes. *Aten Primaria* 2004; 34:277-8.
16. Ruiz R. El reto de la información a los pacientes (comentario editorial). *Aten Primaria*. 2004;33:365-7.
17. Torio J, García MC. Valoración de la orientación al paciente en las consultas médicas de atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:17-24.
18. Elwyn G, Edwards A, Gwyn R, Grol R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999; 319:753-6.
19. Epstein R, Campbell T, Cohen-Cole S, McWhinney I, Smilkstein G. Perspectives on patient-doctor communication. *J Fam Pract* 1993;37:377-88.