

SEMINARIOS DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA. INTELIGENCIA SANITARIA APLICADA A LA CLÍNICA: ¿POR QUÉ HACEMOS LO QUE HACEMOS?

Javier Padilla Bernáldez

M.I.R. 3er año Medicina Familiar y Comunitaria.

C.S. Castilleja de la Cuesta. Sevilla.

javithink@gmail.com

<http://medicocritico.blogspot.com>

¿POR QUÉ HACEMOS LO QUE HACEMOS?

“Ninguno de nosotros sabía que éramos
los causantes de esas muertes”
(Semmelweis)

Cuando planteamos el tema de la inteligencia sanitaria en el ámbito de lo *micro* consideramos en ocasiones que *lo micro* es “aquello que ocurre de la puerta de la consulta hacia dentro”. Definición notablemente operativa y facilitadora, pero que si se convierte en la base de nuestro discurso a la hora de afrontar el abordaje de cualquier aspecto sanitario en escala *micro* puede hacernos creer que la labor del médico clínico se limita a las 4 paredes que el centro de salud nos (im)pone, dándonos una dimensión de cadena carcelaria más que de campo abierto. Es por ello que, personalmente, prefiero hablar de *lo micro* como aquello que implica al médico y resto de profesionales sanitarios con respecto a su relación con los individuos (pa(de)cientes o no pa(de)cientes) en temas concernientes a su salud con independencia de que estas interacciones se produzcan en el marco organizativo de la consulta de Atención Primaria o en una explanada de algún prado astur.

Dicho esto, con este texto intentaremos, mediante la utilización de la estructura de un encuentro clínico *estándar*, sobrevolar diferentes aspectos de nuestra práctica clínica que puedan ser objeto de plantearse el por qué de su existencia y el cómo guiarlos por un camino más cercano a la inteligencia sanitaria.

Fuera de la consulta

El trabajo diario del médico se ve guiado por una serie de planteamiento de base que él mismo establece al inicio de su práctica clínica y va matizando con su experiencia; para su consecución tendrá que superar algunas barreras e ignorar a algunos distractores externos que se interpondrán entre la buena práctica clínica y la realidad del quehacer diario.

Cuestiones esenciales.

A grandes rasgos, podríamos decir que los cuatro pilares de nuestra práctica médica deberían ser:

1. Disminuir las **diferencias** en términos de salud (o en su defecto: *los más necesitados primero*).

Como dijo Aneurin Bevan, ministro de salud británico y uno de los *creadores* del National Health System, “Debemos estar orgullosos del hecho de que a pesar de nuestros problemas financieros todavía somos capaces de llevar a cabo la acción más civilizada del mundo: poner el bienestar de los enfermos por delante de cualquier consideración”¹, esta frase, dicha hace más de 60 años, cobra especial relevancia hoy día, en una coyuntura económica (que de coyuntural tiene bastante poco) en la que las diferencias en términos de salud se acrecentan y las condiciones de precariedad económica son utilizadas para justificar la falta de esfuerzos en la dirección de orientar el sistema sanitario hacia los más desfavorecidos.

Las diferencias en salud están enraizadas en las diferencias socioeconómicas y su abordaje no es comprensible sin atacar también ese nivel de actuación. Como escribía Iona Heath en el British Medical Journal (BMJ), “se ha hecho recaer en el sistema sanitario todo el peso de las desigualdades de salud entre los individuos”²; la “disminución de las diferencias en salud” parece haber pasado a formar parte de la cartera de servicios de los sistemas sanitarios, habiéndose creado una especie de *industria* alrededor de este aspecto (congresos, máster, publicaciones, cargos políticos, eventos empresariales en nombre de la *(ir)responsabilidad social corporativa*) cuyas ansias de mantenerse y perpetuarse en el tiempo sustituyen a la búsqueda y consecución de sus objetivos principales³. Es por ello necesario que los profesionales sanitarios que más cercanos se encuentran a la población protagonicen acciones a este respecto con una doble vertiente: los cambios en la actividad asistencial y la reclamación activa a los responsables políticos *competentes* en materia de bienestar social y acceso a los recursos (sanitarios, en este caso).

Es aquí cuando el médico clínico debe tener entre sus herramientas habituales el conocimiento sobre la *ley de cuidados inversos* y aplicarlo tratando de acercar sus prácticas médicas a aquellos pacientes que más enferman y menos acceso al sistema sanitario suelen tener. En el análisis de estas diferencias de salud y en la planificación de los recursos sanitarios que deben destinarse a paliarla, desempeña un papel importante la carga de enfermedad percibida en cada estrato socio-económico; en los niveles bajos, estados patológicos suelen ser vistos con naturalidad, integrándose en el normal devenir del individuo y no considerándose como enfermedades, habiéndose visto que aquellas personas con mayor nivel de formación y mejor acceso a la atención sanitaria tienen mayor capacidad de discernir lo patológico de lo normal⁴; tener en cuenta estas cuestiones y hacer que generen un cambio en nuestra práctica clínica es una tarea esencial de todo clínico que quiera hacer de su labor asistencial un valor social.

Si miramos al futuro, hay tendencias que permiten adivinar que estas diferencias en términos de salud se irán haciendo cada vez mayores; uno de los aspectos que puede determinar un incremento de dichas diferencias es el desarrollo de la *medicina individualizada* basada en el análisis genético del individuo como predictor de los riesgos de padecer determinadas enfermedades en un futuro. Esta forma de desarrollar la medicina debe hacer que reflexionemos en torno a un hecho fundamental, y es que puede ser cierto que los genes determinen ciertos riesgos de padecer determinadas enfermedades, pero, ¿acaso los genes pueden determinar la forma en la que las sociedades configuran su definición de lo que es enfermar/enfermedad?⁵ ¿cambiará este tipo de medicina nuestra forma de afrontar las enfermedades de nuestros pacientes en el día a día? ¿hay alguna forma de frenar la instauración de este tipo de prácticas en la forma en que pueda ser nociva para los pacientes desde un punto de vista de Atención Primaria?

2....acompañar siempre...

En una sociedad en la que se venden certezas a precio de saldo y la curación de las enfermedades incurables parece más una cuestión de tiempo que un reto científico, el médico de familia ha de reivindicar su función de acompañante e hilo conductor. Huyendo de la medicina basada en los medios de comunicación (véase el ejemplo de publicar un artículo acerca de los modestos -pero sobrepublicitados- efectos de los complejos de vitamina B en la ralentización de la progresión de la enfermedad de Alzheimer cuando se comienza a tratar en fase de deterioro cognitivo leve⁶ y hacerlo coincidir con las vísperas del Día Mundial contra el Alzheimer).

Cuando los incentivos profesionales promueven la proliferación de médicos “de lo puntual” y desincentivan la continuidad asistencial, la asunción de responsabilidades y la implantación de innovaciones en los cuidados, se convierte en una necesidad la elongación de consultas concretas⁷ intentando crear vínculos médico-paciente a partir de encuentros puntuales que puedan prolongarse en el tiempo.

3.Mantener una práctica clínica **independiente** de intereses que se alejen de la mejora de salud de mis pacientes/mi sociedad/mi mundo.

Como dice J. Gérvas en su texto *Gobierno clínico de la clínica diaria*⁸, “el médico clínico se gobierna por el sufrimiento”. El sufrimiento del paciente, de su entorno familiar y social. La independencia de los diferentes actores que puedan presentar intereses alejados a la mejora de la salud del paciente es necesaria. Atendiendo a estas entidades interesadas, podemos estar conduciendo a la gente a una forma de vida que quizá no desee.⁹

Los médicos tenemos cierta tendencia a infraestimar el efecto de los agentes externos en nuestra práctica clínica, autoproclamándonos como profesionales independientes de influencias externas (más aún cuando estas influencias presuponen un potencial choque con los intereses de la salud de los pacientes); sin embargo, diferentes estudios¹⁰¹¹ prueban que las influencias que los médicos negamos sobre nuestra práctica tendemos a verlas como muy evidentes cuando miramos al resto de los profesionales sanitarios, ejemplificando a la perfección el dicho popular de *ver la paja en el ojo ajeno y no la viga en el propio*.

4.Fomentar la **prevención cuaternaria**¹², especialmente en los grupos que más lo necesitan: la función del *gatekeeper* como freno a males mayores (haciendo del defecto virtud).

Los médicos somos, por lo general, peligrosos para la salud, aunque en ocasiones los beneficios que aportamos superan al riesgo que conlleva el contacto con nosotros; identificar esas situaciones en las que la balanza se decanta en favor del contacto clínico es la clave en la definición de cuáles deberían ser las interacciones de los pacientes con los médicos.

Venimos de siglos dominados por el arte médico y caminamos hacia la supremacía tecnológica sin que aparezcan demasiados cuestionamientos hacia los beneficios o

perjuicios que el binomio médico-tecnología diagnóstico-terapéutica puedan ocasionar.

Un claro ejemplo del riesgo que los médicos podemos suponer es el análisis de la mortalidad durante diversas huelgas de médicos con alto seguimiento llevadas a cabo en diversos lugares del planeta¹³ (Colombia, Israel, Estados Unidos) que muestran disminuciones de la mortalidad en esos días de entre el 5 y el 45%; tal vez el caso más analizado y publicado fue el de Israel¹⁴, en el año 1983, y para el cual se han buscado más interpretaciones¹⁵. Lo que parece quedar claro es que, parafraseando lo dicho en el libro SuperFreakonomics¹⁶ al respecto, en el contacto habitual con el sistema sanitario “más personas con problemas no fatales toman más medicamentos y se someten a más procedimientos, muchos de los cuales no ayudan en realidad, y algunos de ellos son perjudiciales, mientras que la gente con enfermedades verdaderamente fatales casi nunca se cura y acaba muriendo de todas formas”.

De este modo, podríamos decir que es posible que acudir al médico aumente ligeramente las posibilidades de un individuo de sobrevivir si tiene un problema grave, pero igualmente aumenta sus probabilidades de morir si no lo tiene.

Cuanto menos se guía la práctica clínica por la inteligencia sanitaria, más necesario será tomar conciencia de la importancia de realizar una correcta prevención cuaternaria, debiéndose expandirse este concepto entre las nuevas generaciones de médicos en los años sucesivos.

Otro tema que sería interesante analizar es la necesidad de que el médico de familia se considere a si mismo especialista en ejercer la prevención cuaternaria frente a los actos médicos cometidos en otros niveles asistenciales (más proclives, por su mayor intervencionismo, a generar mayores daños sobre el paciente); esto sería una versión transformada¹⁷ de la clásica función de *gatekeeping* ejercida por el médico de familia en muchos sistemas sanitarios¹⁸ y que está más encaminada hacia el médico de familia como director de orquesta que como guardameta.

A estos cuatro puntos deberíamos añadir un último aspecto más global y que trataría acerca de practicar una medicina de calidad, que deberíamos medir con unos criterios que trascendieran lo cuantitativo y se adentraran en lo relacional y matizado. Por ser este un aspecto que compila aspectos de todo lo tratado durante el texto, lo hemos preferido tratar al final del mismo.

Durante la consulta.

“Cuando un médico va detrás del féretro de su paciente, a veces la causa sigue al efecto”
(R. Koch)

La *consulta*, como término, trasciende su significado de delimitación del espacio físico de cuatro paredes donde se desarrolla el encuentro clínico médico-paciente, viniendo a representar la acción, no sólo el marco, los procesos que conforman la interacción del médico con el paciente, incluyendo el domicilio, la calle, el teléfono o incluso los nuevos medios online que van posibilitando nuevas maneras de interacción.

A continuación vamos a trazar una división, que no por arbitraria deja de ser operativa, de la consulta y diversos aspectos que caracterizan/deberían

caracterizar/podrían caracterizar una consulta médica.

Inteligencia sanitaria en la realización de la anamnesis.

La anamnesis es la parte del encuentro clínico que más alejada parece quedar de la ciencia, siendo considerada una especie de arte sólo apta para los más cultivados en su práctica. Si bien es cierto que la experiencia desempeña un papel importante en su correcta realización, hay unos cuantos parámetros que no deberíamos dejar de lado a la hora de realizar la anamnesis de un paciente.

Podríamos definir los 7 pecados capitales de una mala anamnesis:

1. No preguntar por la clase social, profesión o formación académica del paciente: como hemos comentado con anterioridad, la clase socio-económica se correlaciona con diferentes patrones de enfermedad y uso de los servicios de salud. Así, ante pacientes de baja clase socio-económica deberemos saber que en determinadas patologías nos estaremos moviendo en un medio de mayor prevalencia que con los pacientes de clase socio-económica alta.
2. No detenerse en conocer la estructura familiar del paciente (“Las familias felices son todas parecidas, cada familia desgraciada es desgraciada a su manera” L. Tolstoi): el analizar la estructura familiar y su funcionalidad es un papel esencial del médico de familia; además, multitud de estudios avalan la influencia de la familia en la forma de enfermar. Por ejemplo, la muerte durante el año previo de la esposa se correlaciona con tasas de mortalidad diez veces la normalidad para la edad/sexo en el caso de viudos jóvenes, mientras que la muerte del esposo no se ha correlacionado con aumentos de la mortalidad¹⁹; similares resultados aunque de menor magnitud se han visto en otros grupos de edad.^{20 21}
3. Interrumpir al paciente en los primeros 30 segundos de su discurso: las formas de anamnesis dirigida pueden tener utilidad en ambientes como las Urgencias hospitalarias, pero en el ámbito de la atención primaria una forma de anamnesis más abierta debe ser practicada. El respeto con escucha activa al discurso inicial del paciente sienta las bases de un correcto diagnóstico posterior.
4. Considerar la visita domiciliaria como un mal a evitar: la costumbre creciente de muchos centros de salud de repartir entre todos los avisos domiciliarios de los diferentes cupos de pacientes choca de frente contra la continuidad asistencial y los principios más básicos de la medicina de familia. Retomar la visita domiciliaria activamente programada por el médico e inculcada a los residentes como una herramienta profesional esencial, se postula como uno de los aspectos fundamentales en la configuración de las competencias de la medicina de familia en el futuro cercano.
5. No pensar la disposición de la consulta en la que trabajas: desde la vestimenta del médico hasta la colocación del mobiliario son elementos que interaccionan con médico y paciente modulando el comportamiento de ambos; con ambos aspectos, el médico debe querer transmitir a sus pacientes diversos mensajes previamente elaborados; por ejemplo, el modelo británico de consulta con la mesa desplazada a un lateral de la interacción médico-paciente, que se produce libremente sin obstáculos intermedios busca transmitir una mayor cercanía.
6. Atender al paciente “por porciones”: cuando el médico de familia excluye de su cartera de servicios de forma sistemática la atención a algún segmento de población (la atención ginecológica, las embarazadas, los ancianos, los pacientes con enfermedades terminales) da un paso más en la pérdida de importancia de su labor como médico de cabecera (con todas las implicaciones que esta denominación posee).

7. No mirar a los ojos: en estudios realizados en entrevistas psiquiátricas, se ha correlacionado de forma directa el tiempo que el médico pasa mirando a los ojos al paciente en la primera consulta con la conveniencia del diagnóstico emitido.

Inteligencia sanitaria en la exploración física²².

La exploración física vive momentos de pérdida de importancia en el tiempo dedicado por parte de los médicos y en el peso otorgado por los mismos a la hora de buscar un diagnóstico; esto es debido al predominio de las exploraciones complementarias y su consideración como *información dura* y por ello más válida para la toma de decisiones.

Sin embargo, la exploración física, como herramienta diagnóstica del médico, ha de ser utilizada de forma reflexiva y conociendo la potencialidad de los datos que nos aporta. Especialmente importante es en este punto resaltar tres aspectos fundamentales:

1. La revisión del adulto sano (“el chequeo”): no sólo las exploraciones complementarias, sino que tampoco la exploración física rutinaria está indicada en ningún grupo etario. De este modo, la autoexploración mamaria no ha demostrado tener ninguna utilidad en lo relativo a la disminución de la mortalidad global o por cáncer de mama, en contra de lo pensado por gran parte de la población femenina.²³
2. La jerarquización de los hallazgos exploratorios: no todos los signos y síntomas tienen el mismo valor para cada patología, por ello, es necesario conocer la jerarquía de los diferentes hallazgos exploratorios y tratar de sistematizar su utilización a la hora de establecer un diagnóstico. Para ello, es interesante el correcto manejo de una herramienta estadística denominada *razón de verosimilitud (LHR)*²⁴; en el caso del diagnóstico de la enfermedad vascular periférica, el hallazgo con un mayor LHR sería la ausencia de pulsos periféricos (encontrar este dato aumentaría en un 60% la probabilidad de tener vasculopatía periférica), por delante de otros datos como la edematización o la pérdida de vello en la zona posiblemente afectada.²⁵
3. La necesidad de investigar: en ocasiones la relación de confianza médico-paciente hace que se evite la realización de exploraciones incómodas para no molestar esa relación de vergonzosa confianza. Es por ello que el tacto rectal se llegó a poner como “opcional” frente a la obligatoriedad de la determinación del PSA porque se vio que a los médicos les resultaba menos agresivo mandar pinchar una vena que introducir un dedo por el ano; así mismo, la exploración ginecológica tiende a limitarse a la toma de las muestras de citología según los programas de detección precoz de cáncer de cérvix, siendo frecuente la prescripción de antifúngicos y antibióticos para el tratamiento de vulvovaginitis sin previa exploración. Otro ejemplo de la *pereza exploratoria* es el retraso diagnóstico (acompañado de alta letalidad) del cáncer de cavidad oral, que ahonda en la dificultad que tenemos los médicos de familia por inspeccionar los orificios de nuestros pacientes.

Inteligencia sanitaria en el manejo de las pruebas complementarias.

“El progreso de la medicina nos depara el fin de aquella época liberal en la que el hombre aún podía morir de lo que quería”
(S.J. Lec)

En la práctica de la medicina de familia, donde la incertidumbre y el manejo de

escasos medios tecnológicos son dos de las características fundamentales, es especialmente importante conocer las características de las pruebas complementarias que se solicitan, así como la interpretación de los resultados que dichas pruebas pueden arrojar. Esto es especialmente importante en un medio de baja prevalencia de enfermedad, como es el de la atención primaria, dado que corremos el riesgo de introducir a los pacientes en una cascada diagnóstica y terapéutica si no sabemos utilizar o interpretar adecuadamente los datos de los exámenes complementarios. La existencia de las cascadas de procedimientos no es infrecuente en la práctica clínica, e ignorarla o negar su existencia puede llevarnos a infraestimar los efectos de pequeñas acciones, errores de cálculo o de juicio clínico. Para evitar este tipo de problemas, a continuación citamos cuatro aspectos que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de buscar un diagnóstico:

1. Recolectar una historia clínica adecuada sigue siendo la mejor manera de llegar a un diagnóstico que facilite la toma de decisiones.
2. Los hallazgos de la exploración física y los test de laboratorio deben ser interpretados en base a sus valores predictivos (no sólo según la sensibilidad y especificidad, dado que los valores predictivos, además, se ven modificados por la prevalencia de la enfermedad en la población).
3. Las pruebas complementarias deben ser utilizadas con un objetivo determinado y con la intención de tomar diferentes decisiones según sea el resultado de la exploración realizada.
4. Es preciso recordar que, como comentaremos posteriormente, el riesgo cero no existe, por lo que tanto la realización de una prueba como su no realización conllevan riesgos que debemos conocer y medir.

Inteligencia sanitaria en la prescripción de tratamientos.

“El mejor médico es el que conoce la inutilidad de la mayor parte de sus medicinas”
(B. Franklin)

Para entender por qué prescribimos unos tratamientos u otros, debemos comprender qué motivos son los que nos llevan a decantarnos por unos tratamientos u otros, incluso cuando las pruebas científicas nos indican que esos tratamientos pueden no ser los adecuados²⁶. Un ejemplo paradigma que puede servir para entender el proceso de utilización de medicamentos por parte de los médicos es el del uso de la quimioterapia en multitud de cánceres en los que no ha demostrado contribuir en exceso al bienestar ni a la curación de los pacientes.

¿Qué factores influyen en la prescripción de quimioterapia en un determinado paciente?²⁷

- Factores económicos: la consecución de beneficios económicos ligados de forma más o menos directa a la prescripción de fármacos concretos supone un incentivo notable que puede hacer que el médico prescriptor se aleje de lo que la ciencia dice al respecto de la utilización de dicho fármaco.
- Factores profesionales/curriculares: en enfermedades de baja supervivencia, la utilización de fármacos que consiguen pequeños aumentos de la esperanza de vida en términos absolutos pueden ser grandes aumentos en términos relativos (2 meses más de supervivencia pueden suponer un 50% de incremento con respecto a otro fármaco o a la ausencia de tratamiento). Además, cuantos más pacientes

sean tratados y cuanto peor pronóstico tengan estos en un inicio, mejores serán las expectativas para el tratamiento en cuestión en términos relativos (por mucho que sea una información insignificante en números absolutos).

- Factores motivacionales: ante enfermedades de alta letalidad, el médico reacciona sobreestimando los beneficios y logros de los tratamientos de que dispone como instrumento para mantener la motivación y huir de la sensación de fracaso y frustración. En vez de intentar canalizar la falta de alternativas terapéuticas por medio de una mejora en el acompañamiento de los pacientes y sus familiares, muchos médicos optan por la sobremedicalización del sufrimiento y el ensañamiento que no parte de la mala intención, sino de la incapacidad de manejar otras alternativas de comunicación y empatía.
- Factores conductuales: a principios de la década del 2000, dos economistas recibieron el premio Nóbel de economía por el desarrollo de lo que ha venido a denominarse *economía del comportamiento*, uno de sus postulados explicaba que las decisiones de los seres humanos se veían condicionadas por las expectativas pasadas y futuras. Esto explicaría que pacientes con sentimiento de gran pérdida de bienestar aceptaran mayores riesgos a la hora de ser tratados que aquellos cuya percepción acerca de su patología sea mejor.

Por otro lado, la ausencia de agencias de regulación de medicamentos que se muestren realmente expeditivas a la hora de garantizar la seguridad de los pacientes incluso cuando eso suponga negar la aprobación (o suspender la licencia) de un fármaco, hace que en ocasiones parezca que se antepone la libertad de mercado a los derechos de la ciudadanía; el ejemplo de la rosiglitazona ha resultado muy clarificador a este respecto, mostrando cómo por no perjudicar los intereses comerciales de una empresa y no lanzar la voz de alarma sobre la “regulación del mercado” farmacéutico, se ha seguido permitiendo su comercialización mientras de forma tímida se ha ido avanzando en la limitación de sus indicaciones en los Estados Unidos²⁸ mientras que se ha recomendado la prohibición de su comercialización en Europa²⁹; cuando los beneficios de un fármaco son tal limitados como los de la rosiglitazona (existiendo alternativas terapéuticas suficientes con mejores perfiles de efectividad y seguridad) y los efectos secundarios se antojan de la magnitud que los sucesivos estudios post-comercialización (y también los pre-comercialización que van saliendo a la luz) van mostrando, parece que una actitud más tajante habría sido deseable. Ante esta situación, cobra mayor importancia la actitud de los profesionales sanitarios que trabajan en la clínica ante la inclusión de las diferentes alternativas terapéuticas en su perfil de prescripción. La anteposición del beneficio del paciente y la toma de decisiones basadas en formación independiente son estrictamente necesarias para mantener la calidad de la práctica médica.

La aparición de novedosos tratamientos en los que no se ha investigado suficientemente la presencia de posibles secundarios y, sobre todo, su utilización para diversas patologías que se encuentran *fuera de indicación* según la ficha técnica del medicamento (pero que son publicitadas por los representantes farmacéuticos y divulgadas por voces “autorizadas” en conferencias y artículos “científicos”) hacen que diariamente nos encontremos con la aparición de multitud de alertas farmacológicas acerca de fármacos de uso muy extendido. Durante la preparación de este texto pude ver cómo el *Annals of Internal Medicine* publicaba un artículo³⁰ que alertaba de un posible aumento del riesgo cardiovascular asociado a la toma prolongada de IBP (independiente del uso concomitante de clopidogrel), tan sólo unas semanas después de la aparición de unos cuantos artículos apoyando los datos del aumento de neumonías en pacientes comenzando pautas con estos mismos fármacos; un ejemplo futurible (si nos adentramos en el mundo de la *ciencia ficción basada en la experiencia*) nos llevaría a pensar en la

proliferación de efectos secundarios insospechados si la prevención primaria con estatinas se generalizara. De este modo, la sobreutilización de medicamentos se está postulando como una eficaz y casual estrategia de desenmascaramiento de efectos adversos de medicamentos de uso común.

Inteligencia sanitaria en la comunicación de información al paciente.

Un aspecto clásicamente deficitario en la práctica médica ajustada a patrones de inteligencia es el de la comunicación de información al paciente. En un momento en el que el paradigma de la relación médico-paciente está en cambio constante, adecuarse a unos correctos estándares de comunicación de riesgos, beneficios y probabilidades diagnósticas puede contribuir a una mayor horizontalización de la relación médico-paciente y dotar al paciente de las herramientas necesarias para participar de forma más activa en las decisiones sobre su propia salud.

¿Qué deberíamos cumplir para dar una buena información a los pacientes?³¹

1. El riesgo cero no existe: la información dada a los pacientes está, generalmente, lastrada por una dicotomía absurda³² que clasifica a las personas en sanas y enfermas sin aceptar la escala de grises intermedia. Esta dicotomía cobra unos niveles máximos de idiocia cuando se intenta representar el riesgo cero como el paradigma a conseguir. De este modo, algunos le achacan a la medicina preventiva de las últimas décadas un empeño desmesurado en intentar guiar a la población por el camino de "si previenes lo suficiente podrás alcanzar el riesgo cero". Compartir las incertidumbres con el paciente es el primer paso en la búsqueda de una comunicación veraz y acorde con la realidad.

2. Utilizar números absolutos, no relativos³³: los estudios realizados en torno a la comprensión de la información por parte de los pacientes según los datos estuvieran presentados de una manera u otra, indican que la población general (incluyendo a los médicos en ella) entiende más fácil y verazmente los datos estadísticos cuando estos le son presentados en términos absolutos (RRA y NNT³⁴) que cuando se le comunican cifras relativas (RRR).

3. Comunicar con números, no sólo con palabras³⁵: a pesar de la creencia general de que los pacientes prefieren que no se les den cifras, sino simplemente palabras, éstas últimas tienden a ser más confusas y tener una mayor variabilidad intercomunicador, mientras que los números transmiten información más comprensible, medible y contrastable.

4. Adaptar los datos al paciente: es necesario adaptar los datos de la literatura a nuestro paciente concreto; de este modo, no podemos abordar de la misma manera la sugerencia de administrar un bifosfonato en una mujer con una fractura de Colles previa si tiene 55 años, menopausia desde los 42 y un tratamiento crónico con corticoides que si tiene 90 años, sin otros factores de riesgo de fractura y se encuentra encamada.

Por último, es necesario hacer ver que la comunicación de riesgos no es simplemente lo que decimos, sino también lo que hacemos³⁶; transmitir riesgos desmesurados e ignorarlos como médicos puede generar sentimientos de incompreensión o desconfianza por parte del paciente hacia el médico.

La búsqueda de una asistencia de calidad basada en fundamentos inteligentes.

“Al fin y al cabo, somos lo que hacemos para cambiar lo que somos”
(E. Galeano)

Calidad es la palabra que rige en gran medida las agendas de los decisores político-sanitarios en nuestro tiempo³⁷ (aunque tal vez se encuentre dando el relevo a *online* -y demás términos relacionados- en estos últimos años), los mercados necesitan que el producto esté claramente definido, mientras que la burocracia precisa que sean los procesos los que estén bien delimitados de forma que puedan ser medidos; en el ámbito de la atención primaria, la medición de la calidad de los servicios dispensados presenta algunas dificultades particulares:

- La situación de la atención primaria conjugando la necesidad de medidas de su actividad vertical (en relación con el resto de niveles asistenciales) y horizontal (capacidad para priorizar casos más importantes, individualización de los cuidados,...) dificulta la medida de la calidad de la atención primaria así como la posibilidad de encontrar datos que sean comparables con los de otros sistemas de atención primaria en otros sistemas sanitarios.
- En la mayoría de las ocasiones, las variables tenidas en cuenta para la medición de la calidad de la práctica de la medicina de familia no tiene en cuenta la gran complejidad del paciente atendido en este medio³⁸, en cuya morbilidad se mezclan aspectos puramente biomédicos junto con problemática familiar o de índole laboral. La pobre adherencia de la práctica de la atención primaria a los protocolos de actuación podría estar indicando que tal vez las variables utilizadas como fundamentales en la confección de estos protocolos no sean los correctos.
- El abordaje multidimensional del paciente en el entorno de la atención primaria hace difícil la definición de variables de medida de proceso y resultados; es por esto que en ocasiones podemos encontrarnos con variables que desvirtúen la esencia del acto que miden, por simplificarlo en exceso o fragmentarlo. En el caso de que el médico actúe guiándose por incentivos asociados a la medida de estas variables, puede darse la situación de que la incorrecta elección de estas variables de medida repercuta de forma directamente negativa en la práctica clínica (de la misma manera podría trazarse el caso contrario, en el que la elección de una correcta variable de medición repercuta positivamente en la práctica clínica).

Para practicar una medicina de calidad debemos contar con una información adecuada, tanto en contenido como en su presentación y adaptada a la práctica clínica. Con el desarrollo de las formas de comunicación online parece que estamos pasando de una *datapenia* al extremo contrario, en el que la información aparece y fluye precisando de una selección, organización y adaptación que la haga más manejable y comprensible. Esta proliferación desmesurada de datos ha acercado la información tanto a profesionales sanitarios como a pacientes, pero por otro lado corremos el riesgo de experimentar una *epidemia de mediocridad*³⁹ en lo que a la información divulgada se refiere.

Mientras los encargados de diseñar las variables que han de ser medidas dan con aquellas que ayuden a guiar al médico hacia una práctica clínica de calidad, a éste no le queda otra opción que guiarse por los principios que hemos ido citando a lo largo del texto, para que, conjuntamente con el contrato que mantiene con sus pacientes, se vea incentivado para ofrecer una asistencia que ayude a mejorar la calidad de vida de sus pacientes.

Concluyendo.

En todas las acciones llevadas a cabo por el médico de familia en su práctica clínica diaria se esconden multitud de aspectos susceptibles de ser analizados y evaluados para ver si actúan de acuerdo con lo que una práctica clínica inteligente aconsejaría. Colocar al paciente y su salud en el centro de nuestras motivaciones profesionales debe contribuir al desarrollo de una práctica independiente, científica y humanamente.

Los avances tecnológicos en lo relacionado con las tecnologías de la información hace que cada vez tengamos acceso a una mayor cantidad de datos que debemos saber interpretar y analizar para que repercutan positivamente en el desempeño de nuestra profesión, siendo consciente en todo momento de que los avances tecnológicos no suponen *per se* una mejora en la calidad de nuestra asistencia ni de la información que recibimos, sino que deben ser escrutados en todo momento con un escepticismo saludable.

- 1 Cita aparecida en Heath I. In defence of a National Sickness System. *BMJ*. 2007 Jan 6;334(7583):19.
- 2 Crocodile tears for health inequality. *BMJ* 2010;340:c2970
- 3 Aunque no trate sobre salud ni sobre sanidad, es muy recomendable el libro "Las buenas intenciones: intervención humanitaria en África" de Itziar Ruiz-Giménez, como muestra de cómo las organizaciones pueden ayudar a perpetuar lo que supuestamente persiguen abolir.
- 4 Sen, A. Health: perception versus observation. *BMJ* 2002;324:860-1
- 5 Fugelli, P. The Zero-vision: potential side effects of communicating health perfection and zero risk.
- 6 David, A. Smith, Stephen. De Jager, C. Withbread, P. et al. Homocystein-lowering by B vitamins slows the rate of accelerated brain atrophy in mild cognitive impairment: a randomized controlled trial.
- 7 Gérvas, J. Pacientes y familiares ante la muerte. Consultas sagradas con el médico de cabecera.
- 8 Gérvas, J. Gobierno clínico de la clínica diaria. En: *El buen gobierno sanitario*. Ortún, V. (coordinador). Madrid: Springer Healthcare Communicating;2009:27-46
- 9 Márquez, S. Meneu, R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión Clínica y Sanitaria*.5:2:47-53
- 10 Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *American Journal of Medicine*. 2001 May;110(7):551-7
- 11 Sierles F Brodkey A. Cleary L, et al. Medical Students' Exposure to and Attitudes About Drug Company Interactions: A National Survey. *Journal of the American Medical Association*. 2005; 294(9):1034-1042.
- 12 Gérvas, J. Pérez Fernández, M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):66-71
- 13 Argeseanu, S. Mitchell, K. Venkat, KM. Yusuf, S. Doctors' strike and mortality: a review. *Social Science & Medicine*. 2008;67:1784-1788
- 14 Siegel-Itzkovich, J. Doctors' strike in Israel may be good for health. *BMJ*. 2000;320:1561
- 15 Steinherz, R. Death rates and the 1983 doctors' strike in Israel. *Lancet*. 1984;Jan 14:107.
- 16 Levitt, S. Dubner, S. Superfreakonomics. de. Debate. 2010.
- 17 Franks, P. Clancy, C. Nutting, P. Gatekeeping revisited: protecting patients from overtreatment. *N Eng J Med*, 1992;Aug 6: 424-429
- 18 Gérvas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8 (2): 205-18.
- 19 Jacobs, S. Ostfeld, A. An epidemiological review of the mortality bereavement. *Psycosom Med*. 1977;39:344-357
- 20 Österweis, M. Solomon, F. Green, M. Bereavement: reactions, consequences and care. Washington DC: National Academy Press. 1984.
- 21 Jin, L. Chrisatakis, NA. Investigating the mechanism of marital mortality reduction: the transition to widowhood and quality of health care. *Demography*. 2009;46(3):605-625.
- 22 Sackett, D. A primer on the precision and accuracy of the clinical examination. *JAMA*, May 20, 1992; 267 (19), 2638-2644
- 23 Morgan, C. Park, E. Cortes, DE. Beliefs, knowledge, and behaviour about cancer among urban Hispanic women.
- 24 McGee, S. Simplifying likelihood ratios. *J Gen Intern Med*. 2002;17(8):646-649
- 25 Ende, J. Clinical examination: Still a tool for our times? *Trans Am Clin & Climat Ass*. 2002;113:137-150
- 26 Doust, J. Why doctors do use treatments that do not work? *BMJ* 2004;328:474-5
- 27 Meropol, J. Schulman, J. Cost of cancer: issues and implications. *J Clin Oncol* 2007;25:180-186
- 28 FDA significantly restricts access to the diabetes drug Avandia.
<http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/ucm226975.htm>
- 29 European Medicine Agency recommends suspension of Avandia, Avandamet and Avaglim
http://www.ema.europa.eu/ema/index.jsp?curl=pages/news_and_events/news/2010/09/news_detail_001119.jsp&murl=menus/news_and_events/news_and_events.jsp&mid=WC0b01ac058004d5c1
- 30 Charlot, M. et al. Proton-pump inhibitors are associates with increased cardiovascular risk independent of clopidogrel use: a nationwide cohort study. *Ann Intern Med*. 153;6:378-386

- 31 Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E et al. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychological science in the public interest*. 8; 2; 53-96
- 32 Silva, LC., Benavides, A., El enfoque bayesiano: otra manera de inferir. *Gaceta Sanitaria*; 15(4): 341-346
- 33 Gigerenzer, G., Hoffrage, U. (1999) Overcoming difficulties in Bayesian reasoning: a reply to Lewis & Keren and Mellers & McGraw. *Psychological Review*, 106, 425-430
- 34 Richard, JC., Sackett, D. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. *BMJ* 1995; 310: 452-454
- 35 Steckelberger, A., Berger, B., Köpke, S., Heesen, C., Rost, J., Mühlhauser, I, (2005). Criteria for evidence-based information for patients. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 99, 343-351
- 36 Gray, G. Ropeik, D. Dealing with the dangers of fear: the role of risk communication. *Politics & Public health*. Nov/Dec 2002: 106-116.
- 37 Heath, I. Rubinstein, A. Stange, K, van Driel, ML. Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity. *BMJ* 2009;338:b1242
- 38 Sox, HC. Greenfield, S. Quality of care: how good is good enough? *JAMA*. 2010;303(23):2403-2404
- 39 Tapscott, D. Williams, A. *Wikinomics: la nueva economía de las multitudes inteligentes*. Ed. Debate.