

La incertidumbre en medicina

Dr. Edgardo Sandoya

Profesor de Medicina Basada en Evidencia,
Facultad de Medicina CLAEH. Punta del Este, Maldonado. Uruguay



Resumen: *La medicina se maneja con probabilidades y suposiciones informadas, no con certezas.*

Si bien la medicina basada en evidencia permite cuantificar la incertidumbre, lo hace desde un enfoque probabilístico y no individual, lo que necesariamente debe ser complementado con la atención a la dimensión humana de cada paciente.

El médico, mediante una sólida formación en la ciencia y el arte de la medicina puede acotar la incerteza y sentirse cómodo al enfrentarla, siendo la tolerancia a la incertidumbre una habilidad central para la clínica.

El justo equilibrio de confianza sin arrogancia y de humildad sin indecisión, conociendo lo que se hace y siendo consciente de lo que no se sabe, son habilidades difíciles de enseñar, de adquirir y de dominar; pero constituyen la esencia misma de la medicina.

Palabras Clave: Incertidumbre, calidad de la asistencia, toma de decisiones.

Abstract: *The medicine is managed with informed assumptions and probabilities, not certainties.*

While to quantify the uncertainty, evidence-based medicine does it from a probabilistic way, not individually, what should be supplemented with the human dimension of each patient.

With a strong background in science and in art of medicine, the doctor can narrow the uncertainty and feel comfortable to confront it. Being the tolerance of uncertainty a central skill for the clinical.

A right balance of confidence without arrogance and humility without doubts, knowing what you can do and what you can't do, are difficult skills to teach, to acquire and to control, these things are part of the very essence of medicine.

Keywords: Uncertainty, quality of health care, decision making.

“La medicina es una profesión increíblemente difícil, siendo el emprendimiento más ambicioso de la humanidad a lo largo de toda la historia. Aborda toda la gama de sufrimiento y enfermedad humana tratando de brindar a cada persona la mejor atención posible de forma individualizada. Es sorprendente que podamos tener éxito teniendo en cuenta lo difícil que es. Si bien las cosas son menos perfectas de lo que la gente espera que sean, son más extraordinarias que lo que creen.”

A. Gawande

La señora López, una nueva paciente, apenas accedió a la consulta le dijo: "Doctora vengo a usted porque mi doctor anterior la erró feo conmigo. Me mandó un remedio para la doctora que me dio una tos bárbara. ¡Y pensar que yo antes confiaba en él!, pero después de que se equivocó así no puedo volver a él, no me da tranquilidad".

La médica pensó "otra paciente difícil", e inmediatamente comenzó a interrogarla "¿desde cuándo tiene presión alta señora López?"...

Introducción

En la mayoría de los aspectos de la vida no existen certezas sino probabilidades, sin embargo, cuando se trata de la salud los pacientes desean estar seguros de que todo irá bien; lo que habitualmente no saben es que nada en medicina es cien por ciento seguro.

E-mail: esandoya@claeht.edu.uy

La historia clínica es incierta, el examen físico es incierto, los estudios complementarios son inciertos, el diagnóstico es incierto, los tratamientos son inciertos e incluso la anatomía es incierta. La medicina trata con probabilidades y suposiciones informadas, pero **no con certezas** ^(1,2,3).

A partir de información que muchas veces es confusa, inexacta o contradictoria, el médico separa lo relevante de lo irrelevante para tomar decisiones, y aunque nunca puede estar seguro, debe actuar. El temor a la incertidumbre

puede llevar a los pacientes a requerir nuevos estudios, a cambiar de médico y a volcarse a terapias alternativas en busca de una mayor seguridad.

La imposibilidad de dar certezas a pesar de realizar una valoración exhaustiva y razonable genera *ansiedad*, lo que a veces desemboca en situaciones como la referida en el comienzo del artículo ⁽⁴⁾.

La educación médica enseña el arte de obtener una historia clínica minuciosa, realizar la búsqueda cuidadosa de signos y solicitar los estudios apropiados para establecer qué aqueja al paciente.

En la práctica, estudiantes y médicos jóvenes se esfuerzan en conseguir la perfección, y se sienten frustrados cuando no logran resolver una determinada situación clínica.

La experiencia lleva a tomar conciencia que no es posible eliminar la incertidumbre, y que se trata de manejarla de la mejor forma posible, tratando de estimar su magnitud, causas y sus posibles consecuencias ⁽⁵⁾.

Si bien cada vez existe más evidencia válida referida a diagnóstico, terapéutica y pronóstico, la dificultad se plantea al aplicar este conocimiento al paciente individual, ya que la forma de manifestarse la enfermedad así como la forma de vivirla es única para esa persona.

Si bien la *medicina basada en evidencia* permite cuantificar y comunicar la incertidumbre, lo hace desde un enfoque probabilístico y no a nivel individual, por lo que esta información debe ser complementada con el conocimiento de la dimensión humana del paciente, ya que el buen cuidado requiere una visión global del individuo.

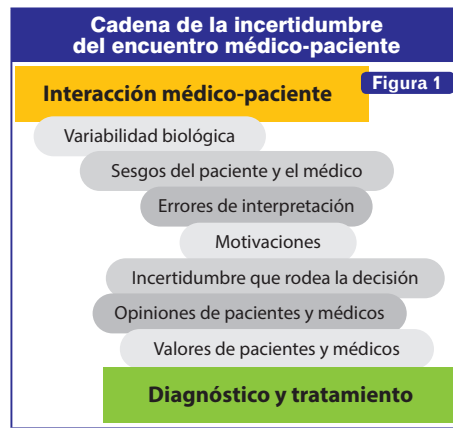
Causas de la incertidumbre

En la práctica médica diversos elementos contribuyen a generar incertidumbre, los que dependiendo de la situación particular de cada encuentro clínico, pueden tener mayor o menor incidencia. Estos han sido descritos como una cadena *"la cadena de la incertidumbre"*, la que de acuerdo a esta concepción estaría constituida por varios anillos, los que representan los factores que pueden introducir incertidumbre en la interacción entre médico y paciente (Ver Figura 1) ⁽¹⁾. Pueden apreciarse los diversos elementos de tipo biológico, psicológico, actitudinal y social que interactúan durante el proceso asistencial, los que pueden afectar tanto el diagnóstico como el tratamiento.

La amplia gama de factores a considerar comprende desde variaciones anatómicas como el situs inversus, pasando por descartar el resultado de un estudio complementario porque se está convencido que el diagnóstico es otro, hasta convicciones religiosas como las de los Testigos de Jehová quienes no aceptan recibir transfusiones sanguíneas.

Si bien la lista de factores intervinientes puede ser exhaustiva, una forma de aproximarse a ellos es agruparlos en diferentes categorías (Ver Tabla 1) ⁽¹⁾:

- vinculados al conocimiento médico,
- relacionados al paciente,



Modificada de Ghosh AK. ⁽¹⁾

- debidos a la organización asistencial,
- asociados a los estudios diagnósticos y
- derivados del accionar médico.

Incertidumbre vinculada al conocimiento médico

Esta categoría incluye aspectos tales como la forma en que se genera el conocimiento en medicina mediante la investigación, la manera en que se definen las enfermedades y las características del proceso evolutivo de la enfermedad.

Características de la investigación médica

De acuerdo a Konrad Lorenz, *"La verdad en ciencia puede ser definida como la hipótesis de trabajo más adecuada para dar paso a la siguiente mejor hipótesis"* ⁽⁶⁾. Su aserto claramente refleja lo que ocurre en medicina, donde la verdad es un blanco en movimiento, el que cuando parece haber sido alcanzado, vuelve a alejarse.

El conocimiento médico a nivel clínico-epidemiológico se genera observando o interviniendo a un grupo determinado de individuos, para luego aplicar dicho conocimiento al paciente individual. Si bien la enfermedad se manifiesta de forma única en cada paciente, el estado actual del conocimiento solo permite entender las enfermedades moviendo el foco desde el individuo a la población. De esa forma se puede establecer, por ejemplo, que cierto factor de riesgo se asocia al desarrollo de una enfermedad, pero dicho riesgo pierde significado preciso a nivel individual, ya que su estimación predice con exactitud el número de eventos que ocurrirá en una población, pero no el resultado futuro de una persona dada. No importa cuánto el paciente se asemeje a los individuos de la misma categoría de riesgo, la evolución de cualquier persona es incognoscible ⁽⁷⁾.

Lo mismo sucede respecto al *pronóstico*, dado que es posible saber lo que sucede en un grupo, pero no lo que sucederá en un paciente individual. Por ejemplo la mortalidad de un paciente de 35 años que ingresa a la unidad coronaria por infarto agudo de miocardio inferior es de 1%, pero no hay forma de saber si él será uno de los 99 que van a tener una buena evolución o el único individuo que va a morir.

Los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) constituyen el método de elección al evaluar un tratamiento, dado que la distribución al azar a uno u otro tratamiento (o placebo), permiten evaluar al mismo sin sesgos ⁽⁸⁾. No obstante, a pesar que un tratamiento haya demostrado ser beneficioso mediante un ECA apropiado, no existe forma de saber cómo responderá un individuo al mismo. A pesar de que el paciente sea exactamente igual a los incluidos en el estudio que ha demostrado la efectividad de ese tratamiento, la respuesta individual puede no ser la esperada.

Definición de enfermedad

Cuando se analiza a pacientes claramente enfermos es fácil identificar los trastornos que caracterizan a esa enfermedad, pero buena parte de la medicina se practica en personas que no padecen enfermedades evidentes, sino más bien signos, síntomas o hallazgos que pueden o no representar una enfermedad. Muchas veces la línea divisoria entre normal y anormal no es nítida, y los indicios sobre los que se basa el diagnóstico pueden ser difíciles de ver, ocurriendo errores frecuentes de sub o sobrediagnóstico. Incluso si el diagnóstico es correcto, la alteración encontrada podría no causar ningún daño al paciente ⁽⁹⁾.

Un ejemplo ilustrativo al respecto proviene del *cáncer*, enfermedad en la que en los últimos 30 años se ha puesto marcado énfasis en el diagnóstico precoz como forma de reducir su captación tardía y disminuir su mortalidad. Me-

dante programas de detección temprana y eliminación de lesiones precancerosas se han reducido la incidencia y la detección en etapa tardía del cáncer de cuello uterino y del cáncer de colon. En otros casos el aumento significativo en la enfermedad en estadio temprano no se ha traducido en disminución del cáncer en etapa avanzada ⁽⁹⁾.

Esto ha permitido comprender mejor la complejidad de la patología a la que se denomina cáncer, palabra que invoca el fantasma de un proceso inexorablemente mortal. Sin embargo los cánceres son heterogéneos, incluyendo la enfermedad indolente que no causa daño durante la vida del paciente, como sucede con el cáncer de mama y el de próstata, los que en muchos casos son potencialmente insignificantes del punto de vista clínico ⁽⁹⁾. El cáncer de tiroides y el melanoma son otros casos en los que la generalización del *screening* ha ampliado la detección de enfermedad indolente. Es decir que aumentó la posibilidad de identificar un amplio espectro de tipos de cáncer, algunos de los cuales no son potencialmente mortales, lo que ha planteado la necesidad de revisar *a qué entidades clínicas se debe denominar cáncer* ⁽¹⁰⁾.

Cada vez son más las enfermedades definidas a partir del resultado anormal en alguna determinación o estudio, quedando la incertidumbre acerca de su significado real ⁽¹¹⁾. Encontrar a las enfermedades tempranas puede valer la pena, pero es difícil saber cuándo se trata de una enfermedad y cuándo es una anomalía que no se asocia a mal pronóstico, tal como sucede con la prehipertensión ⁽¹²⁾. Por eso hoy existe debate sobre la definición de muchas enfermedades, y cuando existe acuerdo acerca de una definición, a menudo la misma es arbitraria. Esto hace que para muchas condiciones que enfrenta un médico clínico, no haya una definición clara que le brinde una guía inequívoca para la acción, con amplio margen para las diferencias de opinión y las variaciones en la práctica ⁽⁹⁾.

Factores que determinan incertidumbre	
Categoría	Factor
Conocimiento médico	Características de la investigación Definición de enfermedad Proceso evolutivo de la enfermedad
Pacientes	Escasa recordación de los hechos Priorización inapropiada de la historia Respuesta variable a los tratamientos Acceso a información de diferente valor
Organización asistencial	Influencia de la sociedad Resultado esperado de la consulta Tiempo para la asistencia
Estudios complementarios	Limitaciones a la práctica Variabilidad de los estudios
Médicos	Interpretación de los estudios Fallas en la comunicación Variabilidad interobservador e intraobservador Sobrediagnóstico y sobretratamiento Desconocer la evidencia disponible

Modificado de Ghosh AK. ⁽¹⁾

El *gold standard* representa la mejor evidencia existente para definir una enfermedad, como por ejemplo una biopsia en el cáncer, mediante la cual se puede constatar o descartar su presencia, sin embargo, hay ocasiones en que la interpretación de la biopsia no es clara, y no existe acuerdo acerca de la presencia de cáncer, requiriéndose estudios adicionales. En este caso, el *gold standard* no es lo suficientemente bueno para estar seguro de lo que está pasando.

Otro ejemplo es el de *fibromialgia*, la que se diagnostica en base a una lista de criterios derivados de la investigación, pero que al aplicarse a un paciente individual no funcionan muy bien. En la práctica, el diagnóstico de fibromialgia se basa en el juicio de un médico y como el juicio puede variar ampliamente, la incertidumbre sobre el diagnóstico es común ⁽¹³⁾.

La cinecoronariografía es el *gold standard* para definir enfermedad coronaria, pues permite objetivar la presencia de lesiones coronarias significativas. Sin embargo, la mayoría de los eventos coronarios agudos ocurren a partir de la ruptura de una pequeña placa vulnerable no detectable por este estudio, por lo que éste no sirve para predecir una de las formas más graves de esta patología ⁽¹⁴⁾.

Proceso evolutivo de la enfermedad

El diagnóstico de una enfermedad muchas veces está relacionado a su proceso evolutivo, por lo que a veces supuestos errores diagnósticos no son más que errores en retrospectiva, ya que en el momento de la asistencia se realizó el diagnóstico más probable, el más razonable y por tanto el más correcto.

En medicina, frecuentemente se emplean para diagnosticar el *reconocimiento de patrones* y el *razonamiento hipotético-deductivo* ⁽¹⁵⁾. Ambas estrategias tienen un importante componente intuitivo, lo que ahorra tiempo y lleva a un diagnóstico correcto la mayoría de las veces. Sin embargo, hay un precio a pagar por esta eficiencia, pues a veces se hace el diagnóstico más probable, que puede que no sea el correcto.

En retrospectiva, el diagnóstico correcto es obvio, pero en el complejo e incierto mundo de la práctica clínica, el diagnóstico más probable en el momento, es la forma más razonable de proceder, dado que el médico trata de equilibrar eficiencia y precisión ⁽⁶⁾.

Incertidumbre relacionada a los pacientes

Diversos elementos de los pacientes son fuente de incertidumbre. A las variaciones biológicas ya apuntadas, se agregan elementos tales como escasa recordación de los hechos e inapropiada priorización de los elementos de la historia.

Habitualmente los pacientes relatan hechos que llaman su atención, pero otros que no han notado pueden ser más importantes a los efectos de definir la presencia de una enfermedad. Muchos de estos hechos suceden porque

la memoria es poco fiable: se olvidan cosas, se cambian recuerdos, se combinan dos circunstancias en una sola o se recuerdan cosas que nunca sucedieron.

Lo mismo ocurre cuando se emplean medidas que pretenden ser objetivas, como por ejemplo el dolor medido mediante una escala de 1 a 10. La valoración que haga el paciente va a depender de su estado de ánimo, de cómo entiende la pregunta y de si su tolerancia al dolor es elevada o baja ⁽¹⁾.

La enorme cantidad de información disponible a través de *internet* lleva a que algunos pacientes queden confundidos al acceder a diversos materiales, algunos de los cuales pueden ser relevantes y otros de dudoso valor. Asimismo, al comentar su situación con familiares o amigos muchas veces recibe múltiples opiniones que a muchos pacientes le generan mucha incertidumbre.

Otro elemento relevante en la práctica es la incertidumbre acerca de lo que el paciente espera de la consulta. Muchas veces el paciente solo busca un oído amigable, otras veces solo quiere un simple control, mientras que en otros casos espera que se le brinde una opinión científicamente fundada, y no siempre está claro que es lo que viene buscando.

Incertidumbre vinculada a la organización asistencial

En muchos casos, según la organización de la salud en la que se desempeñe, el médico debe evaluar riesgos, hacer el diagnóstico, decidir tratamientos y establecer el pronóstico en un breve encuentro clínico, lo que lleva a que hechos potencialmente relevantes no sean integrados al manejo de la situación del paciente.

En otras circunstancias la consulta se realiza fuera del ámbito asistencial (*en la vía pública, en lugares de trabajo, etc.*), lo que introduce elementos distractores que inciden sobre el adecuado desarrollo del acto médico.

El análisis cuidadoso de la historia clínica completa muchas veces es obstaculizado por diversos factores organizacionales. En ocasiones es difícil acceder a los datos relevantes durante el encuentro clínico dado el tamaño y desorganización de la historia clínica, en otros casos por estar fraccionada y dispersa, en otras situaciones por la imposibilidad de acceder a la misma durante la asistencia.

El frecuente cambio de marca y presentaciones disponibles de los fármacos indicados por el médico muchas veces confunde al paciente, por lo que como consecuencia de ello el tratamiento no se realiza de forma apropiada.

Incertidumbre en los estudios complementarios

Diversos factores pueden afectar los resultados de los estudios complementarios. Elementos tales como variaciones fisiológicas, margen de error, muestras cambiadas, calibración incorrecta de equipos, error de procedimiento (*ligadura dejada demasiado tiempo, anticoagulante inco-*

recto, pérdida de la cadena de frío), errores administrativos (*lectura errónea o copia incorrecta de resultados*), interacción con medicamentos y rotulación inadecuada son fuentes de incertidumbre ⁽¹⁾.

En muchos procedimientos diagnósticos su resultado depende de quién lo realiza, como por ejemplo ocurrió en un procedimiento relativamente sencillo como el Papanicolaou, donde solamente 15% de los ginecólogos tomaron la muestra de forma correcta ⁽⁶⁾. Con esa magnitud de error en una prueba simple, es entendible la variación observada en los resultados de estudios más complejos, como por ejemplo la determinación del área valvular mediante ecocardiografía, en la que una inapropiada alineación del transductor puede arrojar resultados erróneos ⁽¹⁶⁾.

El resultado del estudio también puede ser influenciado por algunas características del paciente, tal como ocurre con la fibrocolonoscopia, en la que el valor diagnóstico va a ser diferente si el paciente tolera el pasaje del equipo hasta el ciego o no.

Del mismo modo las circunstancias en que se realiza un procedimiento pueden tener un efecto importante en el resultado, como por ejemplo lo que ocurre con la medida de la presión arterial, la que es frecuente que esté elevada al realizar el examen médico para obtener la libreta de conductor.

Incertidumbre vinculada al quehacer médico

Diversos elementos en el accionar médico, tales como fallas en la comunicación, variabilidad intra e inter-observador, sobrediagnóstico y sobretratamiento o no conocer la evidencia existente, entre otros, aumentan la incertidumbre.

Variabilidad interobservador e intraobservador

Existe amplia variabilidad al interrogar síntomas, observar signos o interpretar resultados. Por ejemplo cuando cuatro médicos interrogaron acerca de *tos, expectoración y disnea* a una serie de individuos, la proporción de éstos que respondió a la pregunta *¿tiene tos?* varió de 23% a 40% entre los diferentes médicos, de 13% a 42% a la pregunta *¿expectora?* y de 10% a 18% a la pregunta *¿tiene falta de aire?*

Una investigación que exploró la capacidad de los médicos para diagnosticar cianosis teniendo como referencia la oximetría, mostró que sólo el 53% diagnosticó cianosis en sujetos con SatO₂ muy baja, mientras que 26% dijo que existía cianosis en sujetos con SatO₂ normal ⁽⁵⁾.

En el análisis de un elemento objetivo como el ECG, el único diagnóstico en que todos los cardiólogos estuvieron de acuerdo fue en el de fibrilación auricular, mientras que en infarto agudo de miocardio y en hipertrofia ventricular izquierda existió un alto porcentaje de desacuerdo ⁽¹⁷⁾.

Ni siquiera la visión del microscopio da respuestas definitivas, pues cuando un grupo de patólogos analizó biopsias

de cuello de útero, estuvo de acuerdo con su observación previa en 89% de los casos y con lo apreciado por un panel de patólogos senior en 87% de los casos ⁽⁵⁾.

Sobrediagnóstico y sobretratamiento

En la práctica diaria, dado que las consecuencias del fracaso pueden ser muy malas, el médico a veces enfrenta la incertidumbre mediante el sobrediagnóstico y/o el sobretratamiento, ya que existe mayor propensión a resolver la incertidumbre mediante la acción que con la inacción ⁽¹⁸⁾.

No es adecuado investigar exhaustivamente *todas* las posibles causas de la enfermedad o todas las consecuencias del tratamiento o no tratamiento, dado que las probabilidades son prácticamente ilimitadas, ya que cada ser humano es un organismo complejo, con múltiples sistemas interactuantes con el medio que le rodea.

La búsqueda de una respuesta definitiva mediante el sobrediagnóstico puede ser inútil, costosa y dañina ⁽¹⁹⁾. No es raro que en estudios realizados en casos en los que no tenían justificación se detecten anomalías que requieran estudios adicionales, lo que conlleva semanas o meses de preocupación y afectación de la vida diaria.

Si bien el esfuerzo para eliminar la incertidumbre es comprensible, el ir más allá de lo razonable puede causar más daño que beneficio al paciente, a la vez que impone una carga desmedida al sistema de salud.

El momento adecuado para dejar de perseguir un diagnóstico es cuando existe certeza razonable de que las enfermedades graves se han descartado, cuando la probabilidad de que otros estudios encuentren algo tratable es muy pequeña y cuando otros estudios sólo son susceptibles de dañar al paciente a través de falsos positivos, falsa esperanza, ansiedad innecesaria y estudios invasivos potencialmente riesgosos ⁽¹⁾.

Desconocer la evidencia disponible

En oportunidades la práctica clínica que se realiza habitualmente no tiene sustento basado en la mejor evidencia disponible, siendo ejemplo de ello lo que sucede en pacientes coronarios estables que requieren cirugía general de coordinación. Desde hace mucho tiempo es frecuente que en estos casos el anestesiólogo no permita llevar adelante la cirugía si previamente el paciente no es intervenido de su patología coronaria. Este hecho, que sigue ocurriendo hoy, no tiene sustento que lo justifique, pues ya 10 años atrás se demostró que en pacientes que iban a ser sometidos a cirugía vascular aórtica o arterial de miembros inferiores, la revascularización coronaria previa no aportó beneficio ⁽²⁰⁾.

En esa investigación, realizada entre pacientes coronarios estables, a los que se distribuyó al azar una revascularización coronaria (mediante angioplastia o bypass) previo a la cirugía arterial o a la cirugía vascular, se encontró que no hubo diferencias en mortalidad, infarto de miocardio, ni accidente cerebrovascular.

Compartiendo la incertidumbre con los pacientes

La relación médico-paciente conlleva una asimetría inevitable de poder, dado el desequilibrio de conocimientos entre uno y otro, y la vulnerabilidad física y psicológica del paciente pues se halla en juego su salud. La aceptación de esta desigualdad por ambas partes, combinada con la incertidumbre sobre la cual se basan todas las decisiones médicas, lleva a que a veces el médico adopte un rígido autoritarismo ⁽¹⁾.

Cuando los pacientes desean tomar parte en las decisiones acerca de su salud deben conocer su enfermedad, qué tratamientos hay disponibles para su manejo y cuáles son los resultados esperados. Pero también es muy importante que sepan que la incertidumbre es parte insoluble de cada una de las decisiones médicas y que su médico puede no tener certeza acerca de su diagnóstico o saber si ese es el mejor tratamiento para su patología ⁽²¹⁾.

Delante de los pacientes algunos médicos instintivamente reprimen y niegan su conocimiento incierto, tratando de brindar consuelo y esperanza, pero una investigación mostró que los pacientes expresan mayor satisfacción con los médicos que reconocen y usan elementos de incertidumbre que con aquellos más lacónicos en su conversación ⁽²²⁾.

Se ha visto que la comunicación de la incertidumbre es poco frecuente en la práctica (sólo en el 16% de 1.057 consultas), lo que podría deberse a que hay quienes sostienen que los pacientes quieren engañarse a sí mismos y que el conocimiento de la incertidumbre dañaría la relación, llevando a pérdida de la confianza e insatisfacción ⁽²³⁾.

La respuesta del paciente a la incertidumbre depende en buena medida de la forma en que el médico la expresa. Para el paciente es más perturbador que el médico la manifieste con expresiones tales como “*No sé*”, “*Vamos a ver qué pasa*”, “*Yo nunca he visto esto antes*”, etc., que lo haga mediante comportamientos que reflejan incertidumbre: buscar respuesta en una computadora, consultar con otro médico, derivarlo al hospital. Asimismo, pedir consejo a una enfermera para el manejo de la incertidumbre genera mucha inquietud al paciente ⁽²¹⁾.

Comunicar la incertidumbre de forma tal que el paciente la comprenda de forma cabal no es sencillo, por ejemplo si el médico plantea que en 15% de los casos el tratamiento indicado puede provocar tos, muchos pacientes quedan convencidos que les ocurrirá y tomarán la medicación con temor o directamente la descartarán. Esto obedece en buena medida a que no es habitual manejar el concepto de probabilidad, no solo en lo que refiere a la salud sino tampoco en otras áreas, por ejemplo la meteorología. Si, por ejemplo, se pronostica al día siguiente que existe un 80% de probabilidad de lluvia y finalmente no lueve, es habitual que se diga “*otra vez meteorología se equivocó*”, cuando en realidad lo que pasó fue que ocurrió lo menos probable (1 posibilidad en 5). En meteorología, al igual que en medicina, no es posible tener certeza de lo que va a suceder

(otra cosa distinta es que el pronóstico meteorológico o el diagnóstico médico no se realicen correctamente).

Tampoco es fácil que el paciente quede tranquilo cuando el resultado de un estudio es anormal. Aunque en el contexto de su situación clínica ese resultado sea irrelevante, pues le cuesta aceptar que entre individuos sanos algunos van a tener un resultado anormal. Y habitualmente también es difícil hacer entender la situación al paciente cuando el resultado de un estudio paraclínico es normal y la enfermedad está presente.

Manejo de la incertidumbre

La autoimagen del médico tiene fuerte relación con su percepción del éxito de su tarea, lo que implica un gran desafío, pues en su actividad clínica va a enfrentar situaciones cuya incertidumbre intrínseca hace que el fracaso sea en muchos casos inevitable. Esto a veces lleva a que el médico adopte una actitud de infalibilidad mediante la cual refuta la posibilidad de error, a los que todos los seres humanos son susceptibles, revistiendo sus actos de autoridad excesiva ⁽¹⁾.

Es mediante una sólida formación en la ciencia y en el arte de la medicina que el médico podrá acotar la incertidumbre y se sentirá cómodo al enfrentarla, no olvidando que la tolerancia a la incertidumbre es una habilidad central para la clínica.

Diversas estrategias han sido planteadas para que en la práctica diaria el médico pueda equilibrar certezas e incertidumbres de manera tal que sea de beneficio tanto para el paciente como para sí mismo (*Ver Tabla 2*) ⁽⁹⁾.

Un elemento central para tener éxito en este aspecto es la confianza recíproca: confianza del paciente en el médico y confianza del médico hacia el paciente.

Estrategias para el manejo de la incertidumbre médica

Comunicar el diagnóstico, explicar los signos y síntomas y su relación con la enfermedad
Descartar diagnósticos alternativos que preocupen al paciente (los que a veces pueden ser banales)
Describir la posible evolución de la enfermedad y el alcance del tratamiento
Identificar y negociar cuestiones clave que afectan al paciente y al médico
Hacer hincapié en que evaluará un diagnóstico alternativo si los síntomas cambian o si surgen nuevos
Establecer una fecha de seguimiento razonable para evaluar el cambio de los signos y síntomas
Acordar una estrategia para hacer frente a cualquier situación que requiera acción inmediata
Hacerse cargo de su problema y hacerlo saber al paciente

Tabla 2

Modificada de Ref. 5

Un médico consciente de los límites de su propio conocimiento y capacidades, en un contexto de confianza mutua permite manejar la misma en la mayoría de los casos. Mientras el médico y el paciente mantengan una mente abierta acerca de la situación, la incertidumbre puede ser manejable.

Una aproximación al paciente en el que no se ha llegado a un diagnóstico, luego que se ha descartado patología seria, podría ser: "Vamos a dejar de preocuparnos de por qué tiene estos síntomas y a centrarnos en cómo hacer frente a ellos y a mejorar su calidad de vida".

Pueden suceder tres cosas: que los síntomas desaparezcan (en cuyo caso no le importa lo que los causó), que se mantengan igual, en cuyo caso veremos diferentes formas de hacer frente, o que empeoren o aparezcan nuevos síntomas, en ese caso será necesario reevaluarlo y considerar la necesidad de realizar más estudios⁽¹⁾.

En base a la experiencia del médico y a su conocimiento del paciente decidirá en algunos casos compartir la in-

certidumbre, mientras que en los pacientes que desean seguridad y no aceptan o manejan mal la incertidumbre, no abordar la misma puede ser un enfoque pragmático, siendo consciente que algún grado de error será inevitable a lo largo de la práctica profesional y debe estar preparado para sobrellevarlo.

La práctica de la medicina requiere de una cuidadosa mezcla de humildad y confianza. Encontrar este equilibrio es complicado, ya que la humildad puede llegar a ser indecisión vacilante y la confianza excesiva puede convertirse en arrogancia temeraria. La confianza sin arrogancia, la humildad sin indecisión, conocer lo que se hace siendo consciente de lo que no se sabe.

Estas características y habilidades son difíciles de adquirir, difíciles de enseñar, difíciles de dominar, pero son el núcleo fundamental de la medicina, el verdadero corazón de la medicina⁽²⁴⁾.

Recibido: 31/3/2014
Aprobado: 05/5/2014

Bibliografía

- Ghosh AK. Understanding medical uncertainty: a primer for physicians. *J Assoc Physicians India*. 2004;52:739-42
- Hayward R. Balancing certainty and uncertainty in clinical medicine. *Developmental Medicine & Child Neurology* 2006;48:7-7
- Hall H. The Skeptics Toolbox 2013. Disponible en: www.skepticstoolbox.org/hall.pptx. Accedida el 6/3/2014
- Wallis K. Uncertainty, fear and whistling happy tunes. *J Prim Health Care*. 2009 Mar;1(1):71-3
- Uncertainty: Medicine's Frequent Companion (InteliHealth, Harvard Medical School). Disponible en: <http://www.intelihealth.com/print-article/uncertainty-medicines-frequent-companion?comId=null>. Accedida el 6/3/2014
- The PLoS Medicine Editors. Minimizing mistakes and embracing uncertainty. *PLoS Med* 2005 Aug;2(8):e272. Epub 2005 Aug 30
- Griffiths F, Green E, Tsouroufili M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ* 2005;330:511
- Sandoya E. Cómo navegar en la evidencia: el caso de la vitamina E. *Rev Urug Cardiol* 2008;23:157-65
- Esserman LJ, Thompson IM Jr, Reid B. Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer An Opportunity for Improvement. *JAMA*. 2013;310:797-8
- Welch HG, BlackWC. Overdiagnosis in cancer. *J Natl Cancer Inst*. 2010;102(9):605-613.
- Chobanian A, Bakris G, Black H et al. The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: the JNC 7 report. *JAMA* 2003;289: 2560-72
- Julius S, Nesbitt SD, Egan BM, Weber MA, Michelson EL, Kaciroti N, Black HR, Grimm RH Jr, Messerli FH, Oparil S, Schork MA; Trial of Preventing Hypertension (TROPY) Study Investigators. Feasibility of Treating Prehypertension with an Angiotensin-Receptor Blocker. *N Engl J Med*. 2006;354:1685-97
- Wolfe F, Wallitt BT, Katz RS, Häuser W. Symptoms, the Nature of Fibromyalgia, and Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM-5) Defined Mental Illness in Patients with Rheumatoid Arthritis and Fibromyalgia. *PLoS One*. 2014 Feb 14;9(2):e88740
- Topol EJ, Nissen SE. Our preoccupation with coronary luminology: the dissociation between clinical and angiographic findings in ischemic heart disease. *Circulation* 1995; 92: 2333-42.
- Sandoya E. Diagnóstico basado en evidencia. *Rev Urug Cardiol* 2009;24:28-40
- Teirstein P, Yeager M, Yock PG, Popp RL. Doppler echocardiographic measurement of aortic valve area in aortic stenosis: a noninvasive application of the Gorlin formula. *J Am Coll Cardiol* 1986;5:1059-65
- Acheson RM. Observer error and variation in the interpretation of electrocardiograms in an epidemiological study of coronary heart disease. *Br J Prev Soc Med*. 1960;14:99-122
- Sandoya E. Gestión Clínica: un desafío del presente. *Carta Cardiovascular* 2007;5-8. Gramón-Bago. Disponible en: www.gramonbago.com.uy/imgnoticias/16401.pdf. Accedida el 6/3/2014
- Welch G, Schwartz L, Woloshin S, Over-Diagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. *Over-Diagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Beacon Press, 2011. Massachusetts. USA
- McFalls EO, Ward HB, Moritz TE, Goldman S, Krupski WC, Littooy F, Pierpont G, Santilli S, Rapp J, Hattler B, Shunk K, Jannicke C, Thottaparthu L, Ellis N, Reda DJ, Henderson WG. Coronary artery revascularization before elective major vascular surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2795-804
- Politi MC, Han PK, Col NF. Communicating the Uncertainty of Harms and Benefits of Medical Interventions. *Med Decis Making*. 2007;27:681-95.
- Gordon GH, Joos SK, Byrne J. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Education & Counseling*. 2000;40:59-65
- Braddock CH, Edwards KA, Hasenberg NM, Laidley TL, Levinson W. Informed decision making in outpatient practice: time to get back to basics. *JAMA*. 1999;282(24):2313-20.
- Gorski D. On humility, confidence, and science-based surgery. Disponible en: <http://www.sciencebasedmedicine.org/on-humility-confidence-and-science-based-surgery/>. Accedido el 6/3/2014