



Equipo CESCA

[INICIO](#) | [EL EQUIPO CESCA](#) | [CONTACTO](#)

Seminarios de innovación en Atención Primaria 2009

Innovación en la toma de decisiones diagnósticas en la consulta médica de primaria. (Información completa en www.fcs.es)

Descargar díptico en pdf [Seminario Innovación 2009](#).

“Propuesta de Juan Gervas, médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCA, Madrid. Profesor en la Escuela Nacional de Sanidad y en la Universidad Autónoma de Madrid”

Justificación

Los médicos toman decisiones rápidas y generalmente acertadas en condiciones de gran incertidumbre. Emplean para ello pautas y normas que no entendemos bien, que se resisten al análisis de decisiones en el sentido clásico del término.

En la práctica diaria ni siquiera el propio médico es consciente de cómo ha ido tomando las miles de decisiones a las que se enfrenta cuando resuelve, por ejemplo, los problemas planteados en cuarenta consultas, tres llamadas telefónicas y dos avisos a domicilio. Son miles de decisiones que tienen que ver con el uso del tiempo, con las normas de seguimiento para cada caso concreto, con la estrategia diagnóstica apropiada y con el plan terapéutico más resolutivo. No es sólo lo que se hace o deja de hacer, sino lo que cruza por la mente del médico y que lleva finalmente a las propuestas que se ofrecen al paciente. Paciente que no es ajeno al proceso de decisión, pues trae una experiencia y unas expectativas que pueden modificar las pautas recomendadas, como bien se demuestra en la prescripción de antibióticos para infecciones de las vías respiratorias altas. De la compleja interacción médico-paciente salen decisiones que sólo se pueden entender en parte, pues hay componentes tácitos, emotivos e irracionales no sistemáticos de difícil explicación y comprensión. Se suele olvidar, por ejemplo, que el paciente acude muchas veces a consulta con un (temor) diagnóstico en la cabeza, y que el médico suele tener un “estilo diagnóstico” que le define con independencia de la morbilidad atendida.

Naturalmente, el diagnóstico es componente central del proceso de decisión, algo que hasta la sociedad identifica con el “ser médico”. De hecho, es consustancial a la formación médica del pre y postgrado el diagnóstico diferencial, la capacidad de transformar los signos y síntomas del paciente en una constelación de probabilidades, y elegir entre ellas las que mejor “cuadran” en el caso del paciente concreto para proceder a establecer un plan diagnóstico. Mucho del prestigio de los médicos entre los colegas se debe a este saber diagnóstico que constituye el santo y seña de la profesión.

Los médicos aprenden fundamentalmente el proceso diagnóstico en el hospital, con los especialistas. Cuando pasan a primaria, la aplicación de los mismos métodos lleva al inicio de incontables “cascadas” diagnósticas innecesarias y peligrosas. A los médicos les sorprende, por ejemplo, que la mitad de los casos de dolor abdominal, en la consulta del médico general/de familia se resuelvan sin diagnóstico. Es decir, muchas veces el proceso diagnóstico es innecesario para

establecer un plan terapéutico que incluye el simple “esperar y ver”, la “espera expectante”, pues en primaria vale la pena ese dejar pasar el tiempo para resolver la incertidumbre. Esta diferente actitud, menos intervencionista en primaria que en el hospital, se justifica por la distinta prevalencia de las enfermedades en ambos medios. La prevalencia de un problema en la población de que se trate es cuestión clave para el proceso diagnóstico, como bien demuestra el teorema de Bayes. La aplicación de las rutinas hospitalarias en atención primaria lleva a una “tiranía del diagnóstico” que perjudica al paciente y desacredita al médico.

Además, en primaria muchas decisiones diagnósticas se toman con datos “blandos”, datos que proceden, por ejemplo, del conocimiento previo de la comunidad, de las familias y de las biografías de los pacientes. En los hospitales y por los médicos especialistas, estas cuestiones se ignoran en general y casi todo depende de datos “duros” (procedentes de instrumentos). El conocimiento “blando” tiene que ver con la longitudinalidad (atención a lo largo de la vida por el mismo profesional de los distintos problemas de salud de un paciente y de su familia). Sabemos de las ventajas de la longitudinalidad, pero no entendemos bien en qué forma se traduce en decisiones prácticas.

Para terminar, la tecnología está cambiando también el proceso diagnóstico en atención primaria. Es el acercamiento de terminales capaces, por ejemplo, de determinar la glucemia incluso sin sangre, lo que en general se denomina near testing. Es el uso de telemedicina y el contacto rápido con el especialista. Es la existencia de nuevos métodos diagnósticos, y de nuevos diagnósticos. Todo ello en con graves defectos en lo que se refiere a su experimentación previa a la implantación en clínica, como bien demuestra la transformación de las tablas de riesgo en tablas de decisión. Por ello los métodos diagnósticos se ven muy por detrás de los terapéuticos en cuanto a calidad y evaluación, al menos en lo que respecta al uso de técnicas rutinarias tipo ensayos clínicos para los medicamentos.

Objetivos

Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria 2009 tienen como objetivo el análisis teórico y práctico y la producción de conocimiento en torno a la toma de decisiones diagnósticas en seis campos concretos:

1. Las diferencias entre el proceso diagnóstico en el hospital y por los especialistas y en primaria y por el generalista.
2. La resolución de la incertidumbre diagnóstica en primaria.
3. El empleo en el diagnóstico del conocimiento generado por la longitudinalidad.
4. El impacto de los nuevos métodos de diagnóstico en la práctica clínica diaria, en la consulta y en el domicilio del paciente.
5. Las carencias en la evaluación previa a la difusión e implantación de los nuevos métodos diagnósticos.
6. La interacción entre médico y paciente en las decisiones diagnósticas, con la exploración de los componentes tácitos, emotivos e irracionales no sistemáticos.

Programa, ponentes y fechas

Los Seminarios se desarrollarán con la metodología de años previos. Se celebrarán tres seminarios, siempre en viernes y de 09,00 a 15,00 en su componente presencial, en el taller. Habrá trabajo previo y posterior a distancia, a partir de los textos del ponente y de los contrapuntos que estarán a disposición de los inscritos con dos semanas de antelación a la fecha de celebración del taller. De cada seminario se producirá un texto con ánimo de publicación en revistas con sistema de revisión por pares.

El primer seminario se celebrará el 6 de marzo. Centrado en “La innovación en la toma de decisiones diagnósticas en primaria. Cuestiones globales”. Como ponente Salvador Peiró, del Centro Superior de Investigación en Salud Pública (Valencia). Como contrapuntos Víctor Abairra (Unidad de Bioestadística, Hospital Ramón y Cajal, Madrid) y Arturo Álvarez (Técnicas de Salud, Sevilla).

El segundo seminario se celebrará en el segundo trimestre, el 5 de junio. Centrado en “La innovación diagnóstica en el día a día de primaria”. Como ponente, Juan Gérvas. Como contrapuntos, Elena Serrano (Residente Medicina de Familia, Barcelona) y Blanca Lumbreras (Epidemiología y Salud Pública, Universidad Miguel Hernández, Alicante).

El tercer seminario se celebrará en el tercer trimestre, el 16 de octubre. Centrado en “Componentes racionales e irracionales en la decisión diagnóstica en atención primaria como resultado de la interacción entre paciente y médico en un contexto social y organizativo concreto”. Como ponente Josep Casajuna (Instituto Catalán de la Salud, Barcelona). Como contrapuntos, Albert Jovell (Biblioteca de Pacientes, Barcelona) y Enrique Bernal (Instituto Aragonés de Estudios, Zaragoza).

Descargar díptico en pdf [Seminario Innovación 2009](#).

[Bibliografía de las publicaciones](#) generadas por los Seminarios de Innovación desde 2005 hasta marzo de 2009.