



## EDITORIAL

# ¿Un caso fácil o difícil? Las formas dibujadas por la vida. Medicina de familia basada en la incertidumbre

## An easy or difficult case? Shapes drawn from life. Uncertainty based family medicine

«Observado desde el aire... parece un árbol tumbado, con un tronco corto y grueso, constituido por el núcleo central de sepulturas, de donde arrancan cuatro poderosas ramas, contiguas en su nacimiento, aunque después, en bifurcaciones sucesivas, se extienden hasta perderse de vista, formando... una frondosa copa en que la vida y la muerte se confunden».

*José Saramago. Todos los nombres. Ediciones Alfaguara, S.A. Grupo Santillana; 2001*

### Efecto cubo de Rubik

La incertidumbre en medicina de familia (MF) se parece a la que presenta un cubo de Rubik: un nivel de complejidad intermedio entre una complejidad inabordable y una simplicidad trivial; sus patrones son un reto abordable. Si fuera significativamente simple podría llegar a ser rápidamente de poco interés, como un crucigrama o líneas cruzadas, pero si es muy difícil pronto dejaría de practicarse y se perderá el interés por ello.

Por otra parte, la extensión de nuestro conocimiento del mundo en el dominio local, del cual tenemos acceso directo, a lo global en donde somos ignorantes, sólo puede hacerse con ambigüedad. Siempre queda una cantidad constante indeterminada de incertidumbre al final de la extensión del proceso<sup>1</sup>.

### El buscador de caminos

En este contexto, presentamos un «caso» que puede ser típico en medicina de familia (MF) (tabla 1). Cuando se producen cambios impredecibles, la maestría es la habilidad de actuar tanto con confianza como con un completo

conocimiento de la incertidumbre. Para actuar con confianza se debe de ser capaz de mirar adelante y considerar incertidumbres<sup>2</sup>. Simplemente no es posible predecir el futuro con certeza. Un proverbio árabe dice «el que predice el futuro miente incluso si dice la verdad». La habilidad de actuar con un conocimiento sensible de los riesgos y beneficios es la que separa al sabio del burócrata. No se trata de dedicar mucho tiempo a considerar posibilidades lejanas; la clave es encontrar las significativas. Pero las preguntas importantes sobre el futuro son generalmente demasiado complejas o imprecisas para el lenguaje convencional de la ciencia. En vez de este lenguaje, se usa el de las historias. Las historias tienen un impacto psicológico del que las ecuaciones y los gráficos carecen. Las historias se refieren a los significados; ayudan a explicar por qué las cosas suceden de una determinada forma. Dan orden y significado a los eventos —un aspecto crucial del entendimiento de las posibilidades futuras. La creencia dominante en una verdad cuantificable y determinista ha comenzado a desaparecer. Ahora hay muchas formas de conocimiento.

### Las nubes no son esferas, las montañas no son conos, las líneas de costa no son círculos...<sup>3</sup>

La ciencia, hasta bastante recientemente, se ha basado en el estudio de las regularidades de la naturaleza y las leyes sencillas que están detrás de ellas. Pero en los últimos años ha habido una revolución en el acercamiento a la naturaleza centrándose en el estudio de la complejidad y la desorganización<sup>1</sup>.

La incertidumbre, la impresión de estar saliendo de lo organizado, estable y conocido, y de enfrentarse con un futuro brumoso y amenazador, es una constante en la humanidad y en el ser vivo. La certidumbre asfixia la

Tabla 1 Caso clínico

**Motivo de consulta:** paciente, Roberto R., de 47 años de edad, acude a consulta refiriendo haber presentado 3 episodios de ángor en reposo y ejercicio en la última semana; no ha tomado cafinitrina «por temor a presentar cefalea». Dice que el dolor de la cefalea es tan insoportable que lo teme mucho más que al ángor. Acepta haber olvidado últimamente tomar los medicamentos. Dice que alguna receta no llegó a comprarla...

**Antecedentes personales:** presenta ángor inestable y cefalea en racimos. Hace 3 años tras dolor torácico fue tratado con atenolol, pero no lo toleró por intensa astenia y bradicardia severa (44 l/min); un cateterismo mostró enfermedad de 1 vaso. Se añadió a su tratamiento simvastatina 40

Fue tratado con verapamilo y AAS. Permaneció asintomático, con presión arterial normal, aunque ocasionalmente se ha tomado alguna cifra alta, y bradicardia. No hizo revisiones con cardiología por dificultades en el trabajo (hace trabajos variados aceptando «lo que sale»). Una analítica hace unos meses mostró colesterol total 192 mg/dl.; LDL-c 98 mg/dl

Hace unas semanas, presentó un cuadro de cefalea de gran intensidad compatible con cefalea en racimos; había habido episodios previos que el paciente llamaba de neuralgia del trigémino hacía 12 años, sin informes, que cedieron. Reinterrogado esos episodios parecían también cefalea en racimos. Hace 3 años, en coincidencia con el primer dolor de ángor, refiere que se repite cefalea de las mismas características tras cafinitrina sublingual. La cefalea se trata con sumatriptán si dolor, y tratamiento profiláctico: prednisona comenzando con 60 mg/día en pauta decreciente para suspender en 4 semanas. Cede la cefalea que no se repite; pero dice haber presentado dolor torácico durante 30 o más minutos tras la toma de sumatriptán, aunque refiere que «ha leído en el prospecto que es un efecto secundario normal»

El paciente ha realizado últimamente diversas consultas por otros motivos: dolores osteomusculares, traumatismos, dispepsia ulcerosa, infecciones respiratorias de vías altas...

En varias ocasiones ha expresado estar «nervioso», irritable y con estrés. Presenta insomnio. Refiere tener discusiones fáciles con su esposa y amigos. Se encuentra «desanimado», triste, y llora con facilidad desde varias semanas o meses. Está en la actualidad en paro. Se suele quejar del precio de los medicamentos, del tiempo de espera, del servicio recibido...

Refiere beber «moderadamente», aunque reinterrogado parecen ser 6 o 7 bebidas alcohólicas al día, existen crisis de embriaguez relativamente frecuentes. Fuma 1 paquete al día, pero «lo va a dejar». Cumple incorrectamente sus tratamientos, olvidando con frecuencia la toma de los fármacos, así como las citas programadas, aunque luego consulta a demanda excesivamente. No sigue su dieta hipocolesterolémica correctamente, ni otros consejos generales de vida

Roberto está casado con Ana, de 45 años de edad, que se ocupa del trabajo de casa, y tienen una hija, Silvia, de 10 años. La relación entre el matrimonio es difícil desde bastantes meses. Roberto y Ana son religiosos y tienen cierta relación amistosa con el cura de su parroquia. Roberto tiene pendiente un juicio tras ser detenido por robar en un supermercado. Vivían en un barrio periférico de una gran ciudad, pero por no poder pagar el alquiler se mudaron hace unos meses a un pueblo en una zona rural no bien comunicada

creatividad, sirve de soporte al totalitarismo. La vida, en su constante expansión y creatividad, incluye la incertidumbre y permite finales abiertos, no escritos, con cambios, sorpresas. Así, la incertidumbre es un elemento esencial en la existencia humana. En los sistemas vivos el orden y el desorden conviven. El caos está presente en multitud de fenómenos complicados, como el clima, las epidemias, la actividad del cerebro, las fluctuaciones de la economía, o la práctica de la MF.

## Palabras en la oscuridad

Los distintos tipos de problemas necesitan diferentes tipos de conocimientos. El médico de familia (MdF) —el médico generalista—, en contraste con la especialización hospitalaria, se ocupa más frecuentemente en de la toma de decisiones en un entorno de sistemas complejos y caóticos, donde lo cuantitativo, la medicina basada en evidencias (MBE) y las directrices basadas en pruebas —protocolos; guías clínicas— no son suficientes. No hay realmente problemas simples o complejos o muy complejos (caóticos), sino que depende del nivel de profundización del estudio del problema: todos son siempre muy complejos, y el calificarlos de otro modo es convencional, según donde

detenemos arbitrariamente nuestra indagación. De este modo, el MdF debe utilizar otros paradigmas científicos, y otras reglas imprecisas, que incluyen patrones, estructuras, la identificación de procesos, etc., para abordar problemas que para los sistemas tradicionales son demasiados complejos<sup>4</sup>.

Pero, ¿cuáles son las herramientas prácticas para trabajar en estos paradigmas científicos con el fin de tomar decisiones en las consultas complejas? ¿Cómo son las evidencias en nuestra práctica y cómo se construyen? La medicina basada en la evidencia (MBE) es solo una posibilidad que debe ser elegida después de una valoración del contexto, y se debe poner en contexto después de su aplicación<sup>3</sup>. De hecho, el significado de «arte» o «maestría clínica» se relaciona con la habilidad para gestionar las consultas complejas. El MdF puede usar el paradigma positivista científico (cuantitativo, «objetivo») y hacer uso de la evidencia cuantitativa y la MBE como estrategias para gestionar la asistencia clínica. Pero con mucha más frecuencia se encontrará con problemas complicados y complejos que le obligarán a hacer uso de muchas otras herramientas<sup>5-12</sup>. Ya que los sistemas biológicos y sociales son inherentemente complejos, no es de extrañar que de pocos o de ningún problema de salud humano se pueda decir que tienen una única «causa» o «cura»<sup>13</sup>.

## A través del bosque

Algunas de estas herramientas para problemas complicados y complejos, como el caso presentado, se muestran en las tablas 2 y 3. Es evidente que este paradigma tiene implicaciones sobre los conceptos de «diagnósticos

definidos» y de «intervenciones discretas» en medicina —el sentido del diagnóstico principal desaparece y se sustituye por la narración bio-psico-social del diagnóstico (similar al desplegar un mapa), y el sentido de la curación clínica también desaparece y se sustituye por desbloqueo de las situaciones y la aparición de nuevas escenas<sup>14-16</sup>.

**Tabla 2** Herramientas para gestionar los problemas de salud en medicina de familia

Tipo de problema* y ejemplos	Tipo de conocimiento	Paradigma científico y Herramientas de gestión de los problemas
<b>Simple</b> (ejemplo: ¿Qué fármaco es más eficaz en el tratamiento del ágor pectoris no complicado? ¿Y de la cefalea en racimos?)	Son conocidos	Protocolos (medicina basada en la evidencia—MBE)
<b>Complicados</b> (¿Cuál es el tratamiento más coste-efectivo para el ágor? ¿Y para la cefalea en racimos?)	Se pueden conocer	Investigación cuantitativa-protocolos (MBE)
<b>Complejos</b> (¿Cuál es el mejor tratamiento para un paciente de clase social baja con ágor, cefalea en racimos, depresión y abuso de alcohol, que además presenta problemas legales, económicos, y familiares?)	Se pueden entender	Marco teórico bio-psico-social (BPS) y herramientas cualitativas de gestión de la consulta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexto</li> <li>• Experiencia</li> <li>• Continuidad, patrones, evolución</li> <li>• Sentido común</li> <li>• Planificación estratégica</li> <li>• Emoción e intuición</li> <li>• Ética</li> <li>• Participación del paciente</li> <li>• Etc.</li> </ul>
<b>Caóticos</b> (¿Cuál es el mejor tratamiento de un paciente con crisis de embriaguez por el consumo excesivo de alcohol, con ágor, depresión, cefalea en racimos, fumador, con problemas legales, económicos, y familiares, religioso, con incumplimiento, que es hiperfrecuentador, con un comportamiento ocasionalmente hostil, y que vive en una zona rural aislada?)	No se pueden llegar a entender hasta que se estabilizan	Marco BPS, herramientas cualitativas, relaciones rizomáticas, teoría del caos, lógica difusa: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de intervención a corto plazo (centrarse en el aquí y ahora)</li> <li>• Análisis retrospectivo</li> <li>• Antecedentes vistos como «revelaciones» (un mínimo cambio al principio puede tener al final resultados considerables no previstos)</li> <li>• Estabilización</li> <li>• Transición de fase (como le sucede a la materia que puede aparecer en distintas fases, como el hielo y el agua; el hielo representa la forma ordenada, regular y rígida, y la fase líquida es la fase desordenada)</li> <li>• Tratamiento contextual</li> <li>• Valoración de escenarios (son historias que dan significados a los hechos; el punto clave es imaginar actitudes de actores relevantes que afectarán a eventos futuros)</li> <li>• Estructura fractal (no tienen una medida definida; dependen de la escala que se utilice)</li> </ul>

\*Esta clasificación es convencional con fines pedagógicos: todos los problemas son siempre muy complejos, y el calificarlos de otro modo depende de donde detenemos arbitrariamente nuestra indagación.

**Tabla 3** Principales técnicas de manejo de la incertidumbre en medicina de familia y descripción de las mismas

Principales técnicas de manejo de la incertidumbre en medicina de familia	Descripción	Ejemplos
Contexto	Desplegar la información en la entrevista en vez de juntarla. En vez de empezar con ¿Qué le pasa? es preferible preguntar ¿Cómo es usted?, ¿Cuál es su contexto?, para ubicar allí sus quejas clínicas	La misma clínica de cefalea puede valorarse (toma significado) de distinta forma según ocurra en un contexto u otro
Experiencia	Con la experiencia aprende a que lo más frecuente es lo más probable (pero lo infrecuente a veces ocurre)	Una paciente joven con ansiedad es traída a consulta de forma urgente por su padre por presentar «mareo», y que solicita que sea enviada al neurólogo... La paciente ha consultado una docena de veces por «mareo», inestabilidad y síncope, en los últimos años, y un Holter, un EEG, etc., fueron normales...
Continuidad, patrones, evolución	El conocimiento de la repetición de un cierto patrón de expresión de un síntoma en un paciente, o la variación de ese patrón previsible, da el diagnóstico	Paciente conocido en la consulta desde años, en el que se observa que presenta una marcha algo diferente al entrar en la consulta...
Sentido común	«No se suelen llevar dos paraguas cuando llueve». Debería buscarse una explicación única a ambos cuadros clínicos	El paciente con depresión, y que parece presentar tres problemas neurológicos no relacionados de aparición simultánea: cefalea, olvidos y tics...
Planificación estratégica	Los «actores relevantes» en una situación dada, consideran—entrando en un diálogo en el cual cada uno intenta responder en función de sus propios argumentos—la racionalidad de varios cursos de acción en vista al contexto	Paciente con diabetes mellitus atendido por el médico de cabecera, endocrinólogo, podólogo, enfermera, esposa, Asociación de Diabéticos, etc.
Emoción e intuición	Diagnosticar emociones—tanto del médico como del paciente— constituye una parte importante del diagnóstico, porque constituyen la primera puerta que tenemos que pasar para que el paciente se deje abordar	El miedo a la insulino terapia puede alterar más la hemoglobina glicosilada y producir más retinopatías que la insuficiente dotación de oftalmólogos
Ética	El juicio clínico incluye el razonamiento moral. Es importante reconocer las dimensiones éticas de los problemas para hacer medicina y tomar decisiones	Los padres de un niño de 8 años con infecciones urinarias de repetición y reflujo vesicoereteral, rechazan el tratamiento propuesto de cirugía
Participación del paciente	La participación del enfermo en el proceso de sanar, favorece el proceso de curación y el bienestar	La autorresponsabilidad del propio paciente en su recuperación podría relacionarse con aumento de la inmunidad
Plan de intervención a corto plazo	Centrarse en el «aquí y ahora». Establecer objetivos a <b>corto plazo</b> y modificar el <b>plan</b> a medida éste avanza	En el dolor crónico centrarse en el funcionamiento del día a día y favorecer su actividad, trabajo, actividades sociales y familiares

Análisis retrospectivo	Es la historia pasada contenida en la situación actual. Un conocimiento detallado de lo ocurrido en la historia del paciente podría ayudarnos a tener una mejor y más amplia perspectiva de lo que estamos viviendo en la actualidad	La inmunidad tras una infección, el desarrollo compensatorio de otros sentidos que llegan a ser parte de su nueva personalidad en personas con déficits en uno de ellos, como por ejemplo, los ciegos
Antecedentes vistos como «revelaciones»	Un mínimo cambio al principio puede tener al final resultados considerables no previstos. El reconocimiento o toma de conciencia mutua—médico y paciente—de algo importante para el paciente	Una pequeña mejora en la situación relacional familiar en un paciente diabético, mal controlado y polivisitado por especialistas, puede favorecer una evolución de mucho mejor cumplimiento y control de su diabetes.
Estabilización	Los síntomas de algunas enfermedades, en determinados momentos, pueden ser funcionalmente adecuadas. O puede suponer una adaptación	La depresión, aumenta la habilidad del organismo para afrontar cambios en situaciones de riesgo. En tales situaciones un ánimo deprimido, puede suponer una ventaja para inhibir ciertas acciones especialmente inútiles o peligrosas o cuyos resultados fueran probablemente peores.
Transición de fase	Perturbaciones internas de cuantía suficiente pueden dar lugar a bruscas reorganizaciones, como escapes a un orden superior, organizándose de una forma más compleja	Una paciente presenta una larga historia de dolor lumbar diagnosticado de espondiloartrosis, y durante años expresó un incremento de su clínica, con bajas laborales largas, y en el intervalo desarrolló depresión—«nadie creía sus dolores y su imposibilidad para trabajar». En esa situación es diagnosticada de cáncer de mama. Sorprendentemente se muestra más serena, tranquila, menos ansiosa, con menos quejas sobre sus dolores y su situación...
Tratamiento contextual	La salud individual es expresión del contexto enfermo	En los brotes psicóticos, en la obesidad donde se precisa en el tratamiento la participación de la familia
Valoración de escenarios	Ser consciente de la trayectoria previsible puede ayudar para satisfacer las necesidades del paciente y los cuidadores frente a su situación	Un paciente con EPOC presentará una evolución de lento deterioro progresivo, con sucesivas agudizaciones y repetidos ingresos hospitalarios, que afectarán también a toda la familia.
Estructura fractal	No hay una medida definida; ésta depende de la escala que se utilice	Un paciente de 19 no encontró un sustituto adecuado a la vida de la banda de delincuentes cuando se disolvió, y en el año siguiente desarrolló una enfermedad de Hodgkin de rápida evolución, que no respondió al tratamiento. En la reflexión con el terapeuta quedó claro para él que el modo de vida que deseaba era la vida de un bombero, y comenzó a estar interesado, por vez primera en un trabajo estable. En ese tiempo, empezó a responder a la quimioterapia

Este marco teórico tiene implicaciones conceptuales en la MF, la atención primaria de salud, y sobre las reformas sanitarias que actualmente están teniendo lugar en muchos países, así como debería incluirse en el currículo formativo MdF.

## Bibliografía

- Barrow JD. Between inner space and outer space. Oxford: Oxford University Press; 1999. p. 4.
- Schwartz P. The art of the long view. New York: Doubleday; 1991. p. 3.
- Short L. The aesthetic value of fractal images. Disponible en: [http://bjaesthetics.oxfordjournals.org/cgi/pdf\\_extract/31/4/342](http://bjaesthetics.oxfordjournals.org/cgi/pdf_extract/31/4/342). The British Journal of Aesthetics. 1991;31:342-355.
- Martin CM, Sturmberg JP. General practice — chaos, complexity and innovation. Disponible en: [http://www.mja.com.au/public/issues/183\\_02\\_180705/mar10892\\_fm.html](http://www.mja.com.au/public/issues/183_02_180705/mar10892_fm.html). Med J Aust. 2005;183:106-109.
- Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Una forma de hacer operativo el pragmatismo clínico: sistematización del modo de acción de los médicos competentes. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13073233>. Med Clin (Barc). 2005;124:476.
- Turabián JL, Pérez Franco B. El entramado específico de la clínica en medicina de familia: implicaciones para la práctica y la formación. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=80.103.129.2&articulo=13093373&revistaid=27](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=80.103.129.2&articulo=13093373&revistaid=27). Aten Primaria. 2006;38:349-352.
- Turabián JL, Pérez Franco B. El proceso por el cual los médicos de familia gestionan la incertidumbre: No todo son cebras y caballos. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=80.103.129.2&articulo=13090982&revistaid=27](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=80.103.129.2&articulo=13090982&revistaid=27). Aten Primaria. 2006;38:165-167.
- Gannik DE. Situational disease. Family Practice. 1995;12:202-6.
- Turabián JL. ¿Cómo vivir incontroladamente? Dimens Hum. 1999;3:14-7.
- Solé RV. La vida en el filo del caos. Dimens Hum. 1999;3:19-23.
- Hamilton P, West B. Aplicación de la dinámica no lineal en salud y asistencia primaria. Dimens Hum. 1999;3:23-30.
- Griffiths F, Byrne D. La teoría del caos y el arte de la medicina general. Dimens Hum. 1999;3:31-40.
- Turabián Fernández JL, Pérez Franco B. Apuntes sobre la "resolutividad" y la "cura" en la medicina de familia. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13051598>. Aten Primaria. 2003;32:296-299.
- Turabián JL, Pérez Franco B. El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=80.103.129.2&articulo=13146911&revistaid=27](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=80.103.129.2&articulo=13146911&revistaid=27). Aten Primaria. 2010;42:66-69.
- Turabián JL, Pérez Franco B. Atención médica individual con orientación comunitaria-Atención contextualizada: la figura es el fondo. Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/articulo2.php?idnum=16&art=08>.
- Turabián JL, Pérez Franco B. El concepto de tratamiento en medicina de familia: contextualizado y contextual. Mapa de una ciudad apenas vista. Disponible en: [http://www.elsevier.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&articulo=13149815&revistaid=27&ip=80.103.129.2&redir\\_user\\_contactid=QzJKUjRBMDA5ODNP](http://www.elsevier.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&articulo=13149815&revistaid=27&ip=80.103.129.2&redir_user_contactid=QzJKUjRBMDA5ODNP). Aten Primaria. 2010;42:253-254.

J. Luis Turabián

*Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud «Polígono Industrial», Toledo, España*  
Correo electrónico: [jturabianf@meditex.es](mailto:jturabianf@meditex.es)

B. Pérez-Franco

*Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud «La Estación», Talavera de la Reina, Toledo, España*