

RESOLUCIÓN DE LAS AYUDAS 2016 "ISABEL FERNÁNDEZ" PARA LA REALIZACIÓN DE TESIS DOCTORALES EN MATERIA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA

Nombre: Bernardino Oliva Fanlo

Título tesis: Corazonadas "Gut feelings" en el proceso diagnóstico de los médicos de familia españoles.

El inicio del diagnóstico en medicina es un proceso crucial del que van a depender muchas decisiones (de realización de pruebas, de inicio de tratamientos) que influirán decisivamente en el desenlace final. Especialmente en atención primaria, ámbito en el que se inician la mayor parte de contactos de los pacientes con el sistema de salud, disponer de herramientas que ayuden en una adecuada toma de decisiones es fundamental.

El modelo más recomendado es el de toma de decisiones (Croskerry, 2003). Este modelo hace uso de los conocimientos de la medicina basada en la evidencia y de la aplicación del teorema de Bayes para ir modificando la probabilidad inicial de un determinado diagnóstico. De esta forma pretende hacer desaparecer los errores diagnósticos originados en la subjetividad del médico. Pese a su superioridad teórica este modelo presenta también posibles trampas en su aplicación que pueden provocar errores diagnósticos (Klein, 2005) y se utiliza menos de lo esperado en la clínica habitual (Reid, Lane, & Feinstein, 1998). Concretamente en medicina de familia el razonamiento probabilístico es sólo una de las múltiples estrategias utilizadas en el diagnóstico (Heneghan et al., 2009). En ambientes como la atención primaria, en la que la incertidumbre es componente intrínseco de cada encuentro clínico (Siegel Sommers & Launer, 2014), la intuición del profesional sanitario ante el paciente, definida como el resultado de procesos no analíticos basados en las experiencias y conocimientos previos (Abernathy & Hamm, 1995), juega un importante papel en la toma de decisiones (Buntinx, Truyen, Embrechts, Moreel, & Peeters, 1991). El papel de la intuición y de las emociones en la adquisición de la pericia en la toma de decisiones ha sido largamente estudiada. En la teoría de la pericia (Dreyfus SE, 2004) el sujeto va pasando por una serie de fases de aprendizaje: novato, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. El experto se distingue de los demás en que, al haber adquirido experiencia en una gran cantidad de situaciones, es capaz de distinguir las sutiles diferencias entre una y otras para poder tomar, de forma intuitiva, decisiones adaptadas a cada situación. En la hipótesis del marcador somático (Bechara, Damasio, & Damasio, 2000) las emociones y los sentimientos desencadenan la activación de procesos biorreguladores que intervienen en la tradicionalmente considerada como puramente cognitiva toma de decisiones. En la teoría de proceso dual (Kahneman, 2003) se postula la coexistencia de dos sistemas de toma de decisiones. El sistema uno es intuitivo, rápido, automático y muy relacionado con las emociones. El sistema dos es analítico, lento y controlado. En inglés existe el término gut feelings (literalmente, sentimientos de las tripas). Han

sido descritos como "una útil luz de alarma que se enciende repentinamente para anunciar que hay algo inusual" (Hull, 1985). Hay expresiones con significado similar en muchos otros idiomas (E. Stolper, van Royen, & Dinant, 2010). En español podemos utilizar como sinónimo la palabra *corazonada*, definida por el Diccionario de Uso del Español (2ª Ed.) como la "vaga sensación de que algo bueno o malo está a punto de suceder". Nos encontramos referencias a estos gut feelings (GF) en campos como la enfermería (Mccutcheon & Pincombe, 2001), el diagnóstico de cáncer y enfermedades graves, tanto en atención primaria como especializada (Hjertholm, Moth, Ingeman, & Vedsted, 2014; Iqbal, Kara, & Hartley, 2015; Johansen, Høltedahl, & Rudebeck, 2012), dolor torácico (Bruyninckx, Van den Bruel, Hannes, Buntinx, & Aertgeerts, 2009), pediatría (Lykke, Christensen, & Reventlow, 2008; Van den Bruel, Thompson, Buntinx, & Mant, 2012) y los servicios de urgencia (Beglinger et al., 2015). Los GF en el diagnóstico en los médicos de atención primaria se han estudiado en países como los Países Bajos, Bélgica (E. Stolper et al., 2009a, 2009), Francia (Le Reste et al., 2013) y el Reino Unido (Woolley & Kostopoulou, 2013).

Los estudios realizados en los Países Bajos, Bélgica y Francia muestran que hay dos tipos de GF. Una sensación de alarma se describe como una sensación de que algo no encaja en ese paciente en particular, lo que lleva a iniciar el proceso de diagnóstico y hacer que el médico de familia se preocupe por un posible pronóstico grave del episodio actual. Una sensación de tranquilidad o seguridad significa que el médico de familia está seguro sobre la no gravedad del pronóstico aun desconociendo el diagnóstico preciso. La mayoría de estudios citados han sido realizados con metodología cualitativa. Investigadores holandeses han validado un cuestionario sobre GF (C. F. Stolper et al., 2013) para objetivar su aparición a lo largo de un encuentro clínico. Está traducido y validado en inglés, holandés, francés, alemán y polaco. Actualmente se encuentra en marcha un estudio francés que trata de determinar la exactitud diagnóstica de la sensación de alarma de los médicos de familia (MF) ante la presencia de disnea y dolor torácico (Barais et al., 2015). El papel de los GF en el diagnóstico de cáncer o enfermedad grave ha sido poco estudiado hasta ahora. En un estudio inglés (Green, Atkin, & Macleod, 2015) se entrevistó a 55 MF sobre su papel en el cribado y diagnóstico precoz de cáncer. Los MF ingleses hicieron referencia a los GF como una herramienta desarrollada con la experiencia, que en ausencia de síntomas de alarma, resulta útil para identificar a los pacientes que necesitan seguir siendo estudiados para descartar cáncer. Un grupo de MF noruegos (Johansen et al., 2012) fueron preguntados por cómo aparece la idea del posible diagnóstico de cáncer mientras entrevistan a un paciente. Hicieron referencia a la intuición y a los GF como una de las cuatro formas en que ese pensamiento surge. Describían los GF como la suma de los conocimientos médicos, la experiencia acumulada y el conocimiento personal del paciente y de la comunidad. También hay dos estudios daneses con enfoque cuantitativo. En el primero, se estudiaron 4518 consultas realizadas por 404 MF daneses (Hjertholm et al., 2014). Tras cada consulta el MF debía contestar a la pregunta de si se había quedado con alguna sospecha de cáncer o enfermedad grave. La sospecha del MF de cáncer tuvo un VPP de 3,1% y un VPN de 99,5% a los seis meses de la consulta. En otro estudio danés (Ingeman ML, Christensen MB, Bro F, Knudsen ST, & Vedsted P, 2015) se preguntó por las razones para derivar a 1218 pacientes con síntomas y signos inespecíficos para estudio de posible cáncer. El segundo hallazgo clínico más frecuente fue el GF del MF (22,5% de los casos). Los GF tenían la tercera probabilidad de acabar en diagnóstico de cáncer (24%), sólo superada por las adenopatías (27,3%) y los hallazgos neurológicos (26,7%). Los MF holandeses tienen GF relacionados con el

diagnóstico de cáncer en 20 de cada 10000 pacientes registrados/año (Donker G, 2013). Estos GF se confirmaron en un tercio de los casos a los tres meses de la consulta. Los síntomas de alarma de cáncer son relativamente frecuentes (Ingebrigtsen, Scheel, Hart, Thorsen, & Høltedahl, 2013) en atención primaria pero presentan por sí solos bajos valores predictivos (Shapley, Mansell, Jordan, & Jordan, 2010). Conocer el valor diagnóstico de la sensación de alarma podría ayudar a identificar de forma más eficiente los casos a estudiar y mejorar así el diagnóstico precoz de cáncer. Fuera ya del campo del diagnóstico inicial de cáncer la llamada "pregunta sorpresa" (¿Le sorprendería que este paciente muriera en el próximo año?) se usa en distintos programas de cuidados paliativos como pregunta inicial para ver si ese paciente debe entrar en dichos programas o no. Podríamos interpretar dicha pregunta como una forma de reconocimiento de la intuición sobre el pronóstico del paciente. Cuando un MF contesta que sí, el cociente de riesgo de ese paciente de fallecer en un año es siete veces mayor que si contesta que no (Moroni et al., 2014). Nuestro equipo viene trabajando junto con un equipo europeo (COGITA, <http://www.gutfeelings.eu/>) en la investigación de la presencia, importancia, significado y validez de los GF en el proceso diagnóstico en atención primaria. Se trata de una línea de investigación novedosa con una agenda de futuro desarrollo ya propuesta (Stolper et al 2010b). Tenemos la intención de investigar sobre la existencia, el significado, los determinantes y los factores desencadenantes de estos GF entre los médicos españoles. Vamos a seguir el método de Stolper y col investigación entre los médicos holandeses (E. Stolper et al., 2009) con un estudio de metodología cualitativa para conocer la opinión de los MF españoles sobre la existencia, importancia y valor concedido a los GF. Después de este estudio nuestro proyecto continuará con la traducción Inglés-Español y validación lingüística del cuestionario de gut feelings (GFQ) desarrollado por Stolper et al (C. F. Stolper et al., 2013). Finalmente proyectamos utilizar la versión en castellano del GFQ para estudiar la prevalencia de estos sentimientos entre los MF españoles, así como su asociación con distintos factores relacionados con el paciente (sintomatología presente, relación previa médico-paciente), el profesional (experiencia previa, sexo, dedicación a la docencia, personalidad) y el contexto en que se desarrolla la consulta (cita a demanda o urgencia, hora del día, medio urbano o rural). Pretendemos también conocer la validez (sensibilidad, especificidad, valores predictivos y razones de verosimilitud) de los GF para el diagnóstico de cáncer y enfermedades graves.