



## AULA DE EDUCACIÓN MÉDICA

### En general, en la actividad clínica menos es mejor, pero estudiantes, residentes y profesionales aprenden lo contrario



### In general, in clinical practice less is better, but students, residents and practitioners learn otherwise

Juan Gérvas\*

Equipo CESCA, Madrid, España

Recibido el 17 de octubre de 2022; aceptado el 19 de octubre de 2022  
Disponibile en Internet el 10 de noviembre de 2022

#### PALABRAS CLAVE

Esperar y ver;  
Incertidumbre;  
Cascadas diagnósticas  
y terapéuticas

#### KEYWORDS

Clinical inertia;  
Uncertainty;  
Diagnostics and  
therapeutics cascades

**Resumen** Más no es siempre mejor en la clínica, pues de lo que se trata es de hacer el 100% de lo que se precisa y no hacer el 100% de lo innecesario. Para ello, es clave controlar juiciosamente la incertidumbre clínica y aprender a «esperar y ver».

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

**In general, in clinical practice less is better, but students, residents and practitioners learn otherwise**

**Abstract** More is not always better in the clinic because the point is to do 100% of what is needed and not to do 100% of what is unnecessary. Key to this is managing judiciously clinical uncertainty and learning to manage the clinical inertia.

© 2022 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El objetivo sanitario es hacer el 100% de lo que hay que hacer y no hacer el 100% de lo que no hay que hacer. Parece un

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [jjgervas@gmail.com](mailto:jjgervas@gmail.com).

trabalenguas, pero no hay nada más cierto y simple: en la actividad clínica diaria es clave hacer justo lo que hay que hacer evitando al mismo tiempo lo excesivo y lo innecesario.

Este ideal se pierde cada vez más en la actividad clínica, por una oferta farmacológica y tecnológica que casi supera la demanda, en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación; es decir, cuesta moderarse y no derrochar lo que se nos ofrece y en gran parte lo demandan los pacientes, las familias y la sociedad.

Es ejemplo de comportamiento inmoderado el caso de la quimioterapia «hasta la tumba» cuando se practica una «oncología sin límites» cuya máxima expresión y símbolo es el tratamiento con quimioterapia hasta el último hábito. Con ello se falta a la ética, y sus causas son muy complejas como se analiza en un trabajo australiano cuyo título he tomado prestado: «*Treat them into the grave*»<sup>1</sup>. Se suele ignorar que se ha demostrado que hasta el 60% de los pacientes con cáncer recibe tratamiento en los últimos 3 meses de vida y también se ha demostrado que dejar en paz al paciente en los últimos 6 meses mejora su calidad de vida sin empeorar sus expectativas de duración de la misma<sup>2</sup>.

En oncología, en un gran hospital en España, se demostró que un 25,9% de los pacientes oncológicos y un 28,2% de los pacientes hematológicos habían recibido quimioterapia en sus últimos 14 días de vida y que la tasa global fue del 26,5%, cifra que casi triplica el valor del estándar de calidad<sup>3</sup>. Con ello se mantienen tratamientos innecesarios (quimioterapia) y se niegan tratamientos necesarios (paliativos).

Esta oncología hasta la tumba es ejemplo de la actividad clínica de más, de las rutinas que dañan, porque no se ofrece justo lo que hay que hacer evitando lo excesivo y lo innecesario. Lo que hay que enseñar es ese hacer el 100% de lo que hay que hacer y no hacer el 100% de lo que no hay que hacer.

### Ser médico es cada vez más difícil

Hacer de más es una enseñanza casi constante en el grado y en el postgrado, y continuamente en el currículo oculto que se comparte entre los profesionales. Pero en la actividad clínica no hay nada sin consecuencias. Toda actividad conlleva a una cascada de impredecible final. Por ejemplo, al hacer un análisis de sangre conviene limitarse a lo que «interesa», y no añadir solicitudes de pruebas «ya que se hace el análisis».

Especialmente, el diagnóstico innecesario lleva a terapéuticas inútiles y peligrosas en cascadas de impredecible final. Por ejemplo, el paciente que es sometido a una TAC en un reconocimiento de salud anual y se encuentra un «incidentaloma» en suprarrenal derecha, enfrentado a un dificultoso proceso diagnóstico<sup>4</sup>. Ejemplo en el sentido contrario, de intervención eficaz para frenar cascadas diagnósticas y terapéuticas peligrosas, el mantener al mismo médico de cabecera durante años en los pacientes con Alzheimer y otras demencias, lo que se asocia a mejor prescripción y calidad de vida, menos daños (delirio, incontinencia) y menos visitas a urgencias hospitalarias<sup>5</sup>.

Ser médico, en contra de lo esperable, es cada vez más difícil pues la medicina es cada vez más el arte de equilibrar las expectativas acerca de la salud de los pacientes con la realidad científica y técnica.

Lamentablemente, la innovación científica y técnica se pretenden imponer con formulaciones simples, rígidas y

esquemáticas que suelen dar por hecho, o fuerzan, cierta uniformidad en el enfermar, en la interacción médico-paciente y en el proceso de decisión médica.

El clínico puede sentirse tentado por la comodidad de los algoritmos, las guías clínicas y los protocolos, por la corriente casi unánime del intervencionismo a ultranza y por los fantasmas de las reclamaciones judiciales para justificar de este modo, ante sí mismo y ante la sociedad, una conducta agresiva respecto al proceso preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador.

Se promueve una cultura del exceso, una medicina defensiva que más que defensiva es ofensiva pues rompe todo el esquema de confianza social en los médicos, fundada en que se pone siempre el bien del paciente por encima de todo lo demás.

Con ello el médico «se cura en salud», responde a las expectativas que esta propia conducta relajada y agresiva genera y potencia en un círculo vicioso imparable, y se coloca como uno más entre los «pares» que apoyan a una concepción tecnológica de la profesión.

A los médicos se les enseña, de estudiantes, en la residencia y en la formación continuada, que es preferible actuar, hacer de más que de menos, siendo preferibles los errores de comisión a los de omisión. Se prefiere convertir a un sano en enfermo (etiquetarlos de tal y exponerlo a las cascadas diagnósticas y terapéuticas correspondientes) que dejar a un enfermo sin diagnosticar y tratar («en la duda, pide pruebas», o «en la duda, diagnostica, etiqueta»).

La actitud intervencionista que favorece la aceptación preferente de los errores por las actividades en exceso no es nada inocente y conduce a abusos en los diagnósticos y en los tratamientos; por ejemplo, a que millones de pacientes sean etiquetados en falso y tratados como hipertensos, con la morbimortalidad que comportan el simple etiquetado de enfermo y los medicamentos contra la hipertensión<sup>6</sup>. Lo mismo se ha demostrado cuando se analiza el uso y la frecuencia de distintas pruebas diagnósticas, como la monitorización fetal electrónica, los electrocardiogramas de esfuerzo, el cateterismo cardíaco para el dolor precordial y la resonancia magnética nuclear en el dolor de espalda, entre otras, que provocan inexorablemente una actividad terapéutica; respectivamente, cesáreas<sup>7</sup>, revascularización cardíaca<sup>8</sup> y cirugía espinal<sup>9</sup> innecesarias.

El médico inicia cascadas de intervenciones clínicas a veces necesarias, pero muchas veces innecesarias, difíciles de parar y en ocasiones peligrosas. El paciente y la sociedad, aunque presionan, creen que el médico actúa como un verdadero agente del paciente y que al final toma siempre la mejor decisión en su nombre. Pacientes y profesionales suelen ignorar el «efecto cascada», descrito ya en 1986<sup>10</sup> y no se dan cuenta de los riesgos que aceptan.

Ser médico es cada vez más difícil, en el sentido de cumplir con el objetivo de hacer el 100% de lo que hay que hacer y no hacer el 100% de lo que no hay que hacer.

### Es más fácil aprender a hacer que aprender a no hacer

En el binomio mencionado para cumplir el objetivo sanitario, es mucho más fácil enseñar a hacer el 100% de lo que hay que hacer, que enseñar a no hacer el 100% de lo que no hay que

hacer. En palabras de un cirujano: «Hacen falta 3 meses para aprender a hacer una operación, 3 años para saber cuándo hacerla y 30 años para saber cuándo no hacerla»<sup>11</sup>.

En el hospital, durante la visita a los pacientes, se insiste a los estudiantes y residentes en los múltiples diagnósticos posibles, en la búsqueda incesante de un diagnóstico cuanto peor, cuanto más raro e infrecuente, más «bonito». La búsqueda heroica de enfermedades infrecuentes suele ser reflejo de una práctica clínica de baja calidad; reflejo de pereza y desidia es la realización de pruebas sistemáticas, así como el cumplimiento ciego de protocolos, guías clínicas y algoritmos.

Los pacientes esperan lo mejor, y lo mejor es a veces «nada» (explicar, tranquilizar, esperar y ver). Tan errores son los de comisión (hacer de más) como los de omisión (hacer de menos). Ambos errores deberían evitarse a través de tomas de decisión juiciosas, adecuadas a los casos clínicos, dentro o fuera de la «corriente científica prevalente», hoy sesgada a favor del intervencionismo médico, que olvida muchas veces, el «*primum non nocere*» y genera dañinas «cascadas».

La realización de pruebas es la norma implantada en la clínica, con baterías cuya mayor dificultad es la interpretación de resultados anormales inesperados; así, por ejemplo, quedan por aclarar y explicar entre el 30 y el 60% de los resultados anormales encontrados en las pruebas habituales de los protocolos preoperatorios. Y ello pese a saber que las pruebas adicionales, sistemáticas e innecesarias no protegen frente a las reclamaciones judiciales, pues un resultado anormal no aclarado comporta mayor riesgo y penalización que la carencia de resultados<sup>12</sup>.

Los estudiantes, residentes y clínicos tienen que aprender a controlar la incertidumbre y el tiempo, las dos claves del buen clínico. Hay que nadar como el navegante solitario en el Mar de la Incertidumbre y saber manejar «la espera armada» en urgencias y «la espera expectante» en la consulta. Ello exige saber gestionar la demanda, que se modula con el estilo de práctica de cada profesional, de forma que donde uno se ahoga angustiando otro nada relajado. El mal control de la incertidumbre lleva la solicitud de pruebas diagnósticas innecesarias que no disminuyen sino incrementan la incertidumbre profesional, la ansiedad de los pacientes y los problemas legales:

*«El juez: Pero, ¿no se dio cuenta del potasio alto en el análisis que pidió?»*

*El médico: Pues sí, pero no le di importancia, me pareció un hallazgo casual ya que no lo había pedido en concreto, y en muchos casos sale alto sin causa.*

*El juez: Su práctica es más que temeraria al pedir análisis sin sentido y no saber interpretar los resultados».*

### Para ser buen médico hay que controlar la incertidumbre clínica

Es difícil ser un buen médico, pues el médico es un profesional sanitario altamente cualificado que precisa de la actualización permanente y que, en la práctica clínica diaria con restricción de tiempo y recursos, es capaz de tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas en condiciones de gran incertidumbre. Los médicos no pueden esperar a hacerlo bien cuando todo esté bien; hay que

hacerlo bien en medio de las dificultades, los problemas y las restricciones, pues eso es justamente ser buen médico.

El «gatillo fácil» de hacer de más para reducir a cero la incertidumbre es mala práctica clínica y es perjudicial para el paciente, la sociedad y la profesionalidad.

Es clave que el clínico sea consciente de que la incertidumbre es consustancial a su trabajo, y que no es mala práctica el manejarla con serenidad y el aceptar su permanente e incómoda compañía, el aceptar un cierto riesgo prudente.

Así, por ejemplo, respecto al diagnóstico, es una ayuda en la acción, no un paso limitante para la misma. El diagnóstico no es ni necesario ni suficiente, sino simplemente conveniente. Las dudas diagnósticas son muchas veces científicamente irresolubles y la persistencia de la incertidumbre es casi la norma, no la excepción. La aversión a la incertidumbre lleva al exceso diagnóstico y a una falsa ciencia médica entendida como tecnología. La Medicina no es una ciencia, ni debe serlo por más que sea necesario un fundamento científico en muchas de las decisiones clínicas.

Además de controlar la incertidumbre es clave controlar el deseo de «satisfacer al paciente». Ante la ansiedad y la preocupación de un paciente con alguna molestia inespecífica, ¿vale la pena «pedir una prueba para tranquilizarlo»? No. El texto clásico que demostró que «no tranquiliza» el resultado de una prueba que sale normal se publicó en 1996 con 40 pacientes consecutivos a los que se les pidió un ecocardiograma para tranquilizarlos, tras haber consultado a un cardiólogo. A 10 pacientes, por síntomas como «palpitaciones» y a 30, por soplos cardíacos en la auscultación cardíaca. El resultado fue normal en los 10 pacientes con síntomas y en 29 de los que tenían un soplo. Tras el resultado, y la consulta para explicarlo, quedaron con ansiedad los 10 pacientes que habían consultado por síntomas, y 11 de los que habían tenido resultados normales tras la detección del soplo cardíaco<sup>13</sup>. Este estudio, aparentemente simple, se ha convertido en el clásico, pues es de gran calidad al mezclar la investigación cuantitativa con la cualitativa (registro y análisis de las consultas, más entrevistas a los pacientes). La conclusión fue también aparentemente sencilla: «si no hay dudas fundadas, evite el solicitar pruebas». Los autores consideraron que pedir pruebas para tranquilizar era abrir una caja de Pandora, en el sentido de no conseguir ningún beneficio y añadir ansiedad.

Posteriormente, en 2013, una revisión con metaanálisis de 14 ensayos clínicos llegó a la misma conclusión ante la ansiedad y la preocupación de un paciente con alguna molestia inespecífica, ¿vale la pena «pedir una prueba para tranquilizarlo»? No. La conclusión de los autores fue que resulta inútil el pedir pruebas diagnósticas cuando es baja la probabilidad de que sean anormales. Estas pruebas ni tranquilizan a los pacientes, ni disminuyen su ansiedad, ni ayudan a que se resuelvan sus síntomas<sup>14</sup>.

Los estudiantes, residentes y clínicos deberían aprender a cultivar el arte y la ciencia de «no hacer nada». Que no es hacer nada *stricto sensu* sino ser capaces de controlar sus dudas e incertidumbre y de tranquilizar al paciente generando confianza sobre la base de decisiones prudentes que implican «esperar y ver», una «espera expectante».

Es lo que en inglés se denomina «deliberate clinical inertia» (inercia clínica intencionada) como una opción lógica y prudente tan típica del buen médico que ni siquiera

precisa «diagnosticar-etiquetar» para resolver un alto porcentaje de problemas de salud en atención primaria pero que también sirve en campos tan dispares como urgencias y psiquiatría<sup>15,16</sup>.

## Conclusiones

1.- En la práctica clínica hay que controlar la incertidumbre siendo juicioso y prudente. Se trata de manejar probabilidades a sabiendas de que en general siempre quedarán dudas residuales en cuya resolución solo se producirán daños por las cascadas diagnósticas y terapéuticas que se desencadenan.

2.- En este control sereno de la incertidumbre los médicos se juegan el mejor resultado de la salud del paciente, pero también su propio bienestar (está demostrado que a peor control profesional de la incertidumbre clínica mayor riesgo de «burn out» y de malestar personal)<sup>17</sup>.

3.- Es posible enseñar a aceptar prudentemente riesgos en la práctica clínica. Un estudio clásico demostró que esto se lograba mejor con los métodos de formación de médicos generales holandeses (frente a belgas y británicos)<sup>18</sup>, que consistían en enseñar a pensar en lo más probable, a aceptar riesgos con sensatez, a establecer pautas de seguridad y a no practicar una medicina defensiva<sup>19</sup>.

4.- «Se trata de tener cierta seguridad en el dar tiempo al tiempo, en saber esperar un tiempo prudencial que permite que los síntomas se desarrollen, haciéndose más evidente la naturaleza del cuadro clínico y mejorando la idoneidad del tratamiento, o que disminuyan e incluso desaparezcan, evitando el intervencionismo. Aplicar la prueba del tiempo aumenta el riesgo de dañar al paciente si no se usa junto con una red de seguridad. La red de seguridad consiste en informar al paciente de las probabilidades de evolución del cuadro clínico, indicándole en qué debe fijarse, cómo manejar los síntomas y en qué casos ha de volver a consultar»<sup>20</sup>.

5.- Se trata de intentar cumplir el objetivo sanitario de hacer el 100% de lo que hay que hacer (lo que es necesario) y no hacer el 100% de lo que no hay que hacer (lo innecesario). Se trata de ofrecer justo lo que hay que hacer evitando lo excesivo y lo innecesario.

6.- La respuesta clínica debería ser muchas veces el hablar con el paciente («la silla» de Marañón) en lugar de solicitar pruebas que llevan a sobrediagnósticos y a cascadas infernales<sup>21</sup>.

7.- Lo más difícil es evitar lo inútil, siendo inútil lo que no produce provecho ni beneficio y puede producir daños<sup>22</sup>. Esta «filosofía» está detrás del movimiento «Less is more» y «Choosing Wisely», también en España, que propone como primera medida, la elaboración de listados con los procedimientos o pruebas que no deberían hacerse, porque no aportan valor o porque pueden ser perjudiciales<sup>23</sup>.

## Bibliografía

- Wiersma M, Ghinea N, Kerridge I, Lipworth W. «Treat them into the grave»: cancer physicians' attitudes towards the use of high-cost cancer medicines at the end of life. *Sociol Health Illn*. 2019;41(2):343–59. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.12830>.
- Reljic T, Kumar A, Klocksieben FA, Djulbegovic B. Treatment targeted at underlying disease versus palliative care in terminally ill patients: a systematic review. *BMJ Open*. 2017;7(1). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014661> e014661.
- Sánchez-Cuervo M, García-Basas L, de Salazar-López Gómez, de Silanes E, Pueyo-López, Bermejo-Vicedo T. Chemotherapy near the end of life in onco-hematological adult patients. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020;37(8):641–7. <https://doi.org/10.1177/1049909119901133>.
- Fassnacht M, Arlt W, Bancos I, et al. Management of adrenal incidentalomas: european society of endocrinology clinical practice guideline in collaboration with the european network for the study of adrenal tumors. *Eur J Endocrinol*. 2016;175(2):G1–34. <https://doi.org/10.1530/EJE-16-0467>.
- Delgado J, Evans PH, Pereira Gray D, Sidaway-Lee K, Allan L, Clare L, et al. Continuity of GP care for patients with dementia: impact on prescribing and the health of patients. *Br J Gen Pract*. 2022;72(715):e91–8. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0413>.
- Bell K, Doust J, McGeechan K, et al. The potential for overdiagnosis and underdiagnosis because of blood pressure variability: a comparison of the 2017 ACC/AHA, 2018 ESC/ESH and 2019 NICE hypertension guidelines. *J Hypertens*. 2021;39(2):236–42. <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000002614>.
- Devane D, Lalor JG, Daly S, McGuire W, Cuthbert A, Smith V. Cardiotocography versus intermittent auscultation of fetal heart on admission to labour ward for assessment of fetal wellbeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017 <https://doi.org/10.1002/14651858>.
- Sini V. The real lesson of ORBITA: the remarkable power of medical therapy. *Health Affairs Forefront*. October 11 2018 Disponible en: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20181003.290533/full/>.
- Jacobs JC, Jarvik JG, Chou R, Boothroyd D, Lo J, Nevedal A, Barnett PG. Observational Study of the downstream consequences of inappropriate MRI of the lumbar spine. *J Gen Intern Med*. 2020;35(12):3605–12. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06181-7>.
- Mold JW, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl J Med*. 1986;314(8):512–4. <https://doi.org/10.1056/NEJM198602203140809>.
- Gil Rosendo E. «La verdad es aterradora»: los secretos de quirófano según el neurocirujano británico Henry Marsh. *BBC Mundo, Salud*. 2022 [Internet] (consultado 15 Oct 2022). Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-38731223>.
- Roizen MF. More preoperative assessment by physicians and less by laboratory tests. *N Engl J Med*. 2000;342(3):204–5. <https://doi.org/10.1056/NEJM200001203420311>.
- McDonald IG, Daly J, Jelinek VM, Panetta F, Gutman JM. Opening Pandora's box: the unpredictability of reassurance by a normal test result. *BMJ*. 1996;313(7053):329–32. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7053.329>.
- Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2013;173(6):407–16. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.2762>.
- Keijzers G, Cullen L, Egerton-Warburton D, Fatovich DM. Don't just do something, stand there! The value and art of deliberate clinical inertia. *Emerg Med Australas*. 2018;30(2):273–8. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12922>.
- Ortiz A. El arte de hacer el mínimo daño en salud mental. *Blog Asociación Madrileña de Salud Mental*. 2022 [Internet]. (consultado 09 Oct 2022). Disponible en: <https://amsm.es/2016/09/30/el-arte-de-hacer-el-minimo-dano-en-salud-mental/>.
- Begin AS, Hidrue M, Lehrhoff S, et al. Factors associated with physician tolerance of uncertainty: an observational study. *J Gen Internal Medicine*. 2022;37(6):1415–21. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06776-8>.

18. Grol R, Whitfield M, De Maeseneer J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract.* 1990;40 (333):134–6.
19. Añel Rodríguez RM. Manejo de la incertidumbre diagnóstica en atención primaria: recomendaciones para mejorar la comunicación y lograr una red de seguridad efectiva [Internet]. (consultado 15 Oct 2022) Sano y Salvo. Blog de seguridad del paciente en atención primaria. Disponible en: <https://sano-y-salvo.blogspot.com/2022/05/manejo-de-la-incertidumbre-diagnostica.html>.
20. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35(2):95–8. <https://doi.org/10.1157/13071916>.
21. Gérvas J, Pérez-Fernández M. Sobrediagnóstico, un problema clínico, ético y social. *FMC.* 2014;21:137–42. [https://doi.org/10.1016/S1134-2072\(14\)70724-8](https://doi.org/10.1016/S1134-2072(14)70724-8).
22. Gérvas J. Qué es y cómo evitar lo fútil, inútil y perverso en atención sanitaria. Blog Osatzen. 2022 [Internet]. (consultado 09 Oct 2022). Disponible en: <https://www.osatzen.com/blogs/que-es-y-como-evitar-lo-futil-inutil-y-perverso-en-atencion-sanitaria-por-juan-gervas/>.
23. Bermudez-Tamayo C. Elección con prudencia (choosing wisely). Desde la definición de actividades no recomendadas al cambio de práctica clínica. Blog de Gaceta Sanitaria. 2022 [Internet] (consultado 15 Oct 2022) Disponible en: <https://bloggaceta.elsevier.es/blog-del-comite-editorial/eleccion-con-prudencia-choosing-wisely-desde-la-definicion-de-actividades-no-recomendadas-al-cambio-de-practica-clinica/>.