

Diagnóstico Clínico y Toma de Decisiones en Medicina Ambulatoria

Dr. Klaus Püschel

*Médico Familiar. Programa de Medicina Familiar Universidad Católica de Chile.
Master en Salud Pública Universidad de Washington, EEUU.*

Dr. Joaquín Montero

Médico Internista. Jefe Programa de Medicina Familiar Universidad Católica. Master en Salud Pública Universidad de North Carolina, EEUU.

Dr. Manuel Chacón

Médico Internista. Programa de Medicina Familiar Universidad Católica de Chile.

Dra. Blanca Peñaloza

Médico Familiar. Programa de Medicina Familiar Universidad Católica de Chile.

Este artículo analiza algunas de las diferencias más relevantes existentes entre el mundo hospitalario y el mundo de la medicina ambulatoria. Estas diferencias afectan de forma significativa la manera de evaluar los síntomas y problemas planteados por el paciente, la forma de realizar el examen físico y la interpretación de los exámenes de laboratorio. El modelo de entrevista médica en el escenario ambulatorio debe basarse en una aproximación hipotético-deductiva que considere en forma integral las variables biomédicas y psicosociales que plantea el paciente. El examen físico alcanza mayor eficacia cuando está dirigido por la entrevista médica. La utilidad del examen físico y de los exámenes de laboratorio es significativa cuando existen altos niveles de incertidumbre en la entrevista médica. Los elementos analizados respecto al modelo de abordaje de los problemas clínicos, la aproximación al examen físico y la manera de evaluar la utilidad de los exámenes de laboratorio permiten una aproximación más eficaz y eficiente para enfrentar la toma de decisiones en el ámbito ambulatorio. La información obtenida en el proceso diagnóstico es un insumo que debe considerarse junto con las expectativas y percepciones del paciente para planificar la toma de decisiones.

INTRODUCCION: EL PARADIGMA AMBULATORIO

El "viraje ambulatorio" que ha experimentado la medicina es un fenómeno universal que ha impactado especialmente la medicina familiar (1,3). La aparición de enfermedades crónicas, el desarrollo de la tecnología, la contención de costos así como la necesidad de "acercar la medicina a la vida de las personas y su contexto familiar y social" han sido algunos de los factores que se han atribuido al impresionante desarrollo del ámbito ambulatorio de la medicina (1,4).

El fenómeno del "viraje ambulatorio" ha permitido reconocer cada vez con mayor claridad las distinciones entre el mundo hospitalario tradicional y el mundo de la medicina ambulatoria (5,6). El "mundo de la atención médica ambulatoria", puede definirse como aquella parte de la atención médica general que se desarrolla fuera del hospital y está vinculada a la estrategia de atención primaria de salud (1).

La fuerte interacción de variables biomédicas y psicosociales en la presentación de los problemas clínicos, el alto nivel de incertidumbre asociado a la falta de control e incapacidad de monitorizar las variables en juego, así como las limitaciones del tiempo en la evaluación médica de los pacientes son factores que le otorgan al escenario ambulatorio

una especificidad y complejidad propias (4,7).

Las características del "mundo ambulatorio" afectan significativamente la presentación de los problemas clínicos así como también la utilidad de los exámenes de laboratorio que ayudan ("a veces") a definir los diagnósticos clínicos y el manejo de los pacientes. La aplicación de modelos de medicina tradicionales intrahospitalarios en el ámbito ambulatorio pueden provocar importantes errores en el diagnóstico de los problemas de los pacientes y llevar a erradas prácticas de manejo (5,6).

¿De qué manera se debiera enfrentar la problemática de un paciente en el ámbito ambulatorio? ¿Cómo establecer una interacción adecuada que permita identificar problemas médicos, familiares y psicosociales en una consulta de 15 minutos? ¿Cómo evaluar la utilidad de los exámenes complementarios en el escenario ambulatorio? ¿Cuándo es de mayor relevancia su solicitud?

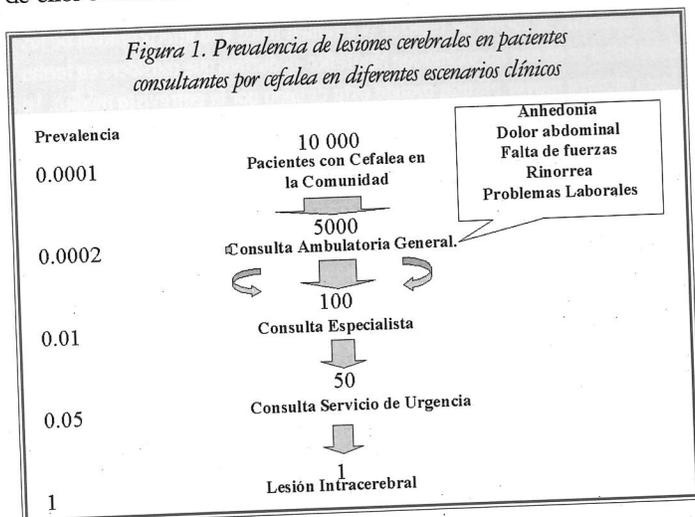
Estas son preguntas con las que trabajamos a diario para tomar decisiones en el escenario ambulatorio. Este artículo pretende avanzar en la respuesta a estas interrogantes utilizando elementos de la práctica y la epidemiología clínica. En la primera sección se analizará la presentación de síntomas y problemas del paciente en el ámbito ambulatorio y algunas de sus diferencias con el escenario hospitalario. Enseguida se

presentará un modelo de evaluación clínica que permita abordar esta problemática en el contexto de la medicina ambulatoria. En la tercera parte del artículo, se analizará el rol del examen físico en la práctica ambulatoria y las situaciones de mayor y menor utilidad. Finalmente, se discutirá el rol de los exámenes de laboratorio y su interpretación en el ámbito ambulatorio.

EL ESCENARIO CLINICO Y LA VALORACION DE PROBLEMAS Y SINTOMAS DEL PACIENTE

La cefalea es un síntoma de consulta frecuente en el escenario ambulatorio así como también en el ámbito de los servicios de urgencia o consulta de especialidades. Sin embargo, la forma de presentación y la prevalencias de las etiologías responsables del síntoma es diferente en diferentes contextos clínicos.

En la figura 1 puede observarse que a pesar de que todos los pacientes se presentan con el mismo síntoma de cefalea en los distintos escenarios clínicos, la prevalencia de lesiones intracraneanas varía en cada uno de ellos siendo menor en la consulta ambulatoria general que en la



Weingarten, 1992
Zarranz, 1994

consulta de un especialista o la de un servicio de urgencia. Es importante recalcar que la mayoría de los pacientes con lesiones intracraneanas y cefalea consultarán en el nivel ambulatorio, sin embargo, la frecuencia relativa con que el médico ambulatorio contacte éstos pacientes será menor que en otros escenarios.

El perfil de pacientes con cefalea es diferente en diferentes escenarios clínicos. Al comparar dos series clínicas de pacientes consultantes por cefalea en una clínica de atención médica ambulatoria con aquellos atendidos en un servicio de urgencia (Tabla 1), puede observarse que un relativo alto porcentaje de los pacientes en el servicio de urgencia presentan lesiones intracraneanas en relación a los pacientes evaluados en policlínico, donde etiologías como trastornos psiquiátricos o sinusitis son más frecuentes. ¿Se les "escapa" a los médicos generales ambulatorios los pacientes con cefalea y lesiones intracraneanas o se les

escapa a los médicos de urgencia los pacientes con cefalea y sinusitis? Probablemente ninguna de las dos situaciones es cierta y ambos médicos están viendo grupos de pacientes distintos.

Además del diferente perfil etiológico del síntoma en diferentes escenarios clínicos, la forma de presentación del síntoma difiere significativamente en los diferentes ámbitos. El espectro de problemas biopsicosociales referidos por el paciente en el ámbito ambulatorio

Tabla 1. Etiología de cefalea en dos series de diferentes escenarios clínicos

ATENCIÓN AMBULATORIA		SERVICIO DE URGENCIA	
TRAST. PSIQUIAT	19.5%	MIGRAÑA	19.5%
SINUSITIS AGUDA	16.3%	ENF MEDICAS	16.6%
MIGRAÑA	12.0	ENF ORG CEREB	14.4
ENF FEBRILES	7.5	(HEMORR CER	3.3)
INFLUENZA/RESF	5.0	(HEMORR SUB AR	4.2)
NEURALGIAS	3.0	(TU CEREBRAL	2.2)
PERIMENSTRUAL	3.0	TRAST PSIQ	13.0
DISF ATM	2.4	ENF FEBRILES	9.6
OTRAS	34.3	OTRAS	26.9
N PROB ASOCIADOS	3.1	N PROB ASOCIADOS	NE
N = 159		N = 104	

(MORREL, 1991)

(ZARRANZ, 1994)

rio es significativamente mayor que en el ámbito hospitalario (5,6). Esto ha sido también representado en la figura 1. Asociado a la cefalea es frecuente que los pacientes en el escenario ambulatorio refieran además síntomas de otra índole, como problemas osteomusculares, emocionales y familiares, que pueden o no tener una interacción directa con el síntoma (5,6). La jerarquía de los problemas, planteada por el paciente, también es diferente en el escenario ambulatorio respecto al ámbito intrahospitalario. El problema biomédico de mayor importancia para el médico, es con frecuencia, de segunda o tercera importancia para el paciente en el escenario ambulatorio. La "cercanía" del paciente con su cotidianeidad, su rutina diaria, su realidad laboral, conyugal o afectiva, pueden hacer que el problema biomédico quede inmerso dentro del conjunto de aspectos de la vida diaria que el paciente esta experimentando al tomar contacto con el médico en el escenario ambulatorio. La "rutina" del paciente esta más cercana a la medicina ambulatoria que a la medicina intrahospitalaria.

EL MODELO DE ENTREVISTA

Las diferencias en el espectro etiológico de los síntomas experimentados por los pacientes en el escenario ambulatorio, la amplitud de problemas psicosociales planteados por ellos y las restricciones de tiempo existentes en el escenario ambulatorio, hacen necesario un modelo de entrevista médica diferente a la utilizada en el contexto intrahospitalario (5,7) (figura 2).

La obtención de la "anamnesis" es decir, el "interrogatorio para conocer los antecedentes patológicos de un enfermo" (8) que representa el

modelo intrahospitalario habitual, esta basado en un modelo de entrevista inductivo-exhaustivo. Este pretende "agotar cada síntoma" planteado por el paciente, separando y analizando cada problema por separado, tiene baja tolerancia a la incertidumbre, y considera los aspectos psicosociales como datos secundarios, auxiliares en el diagnóstico y manejo del paciente. Este modelo es ineficaz para enfrentar la realidad del escenario ambulatorio, que requiere una aproximación más integral para comprender todas las variables en juego y facilitar el manejo del paciente (5,9,10).

Figura 2. Modelo de entrevista: Historia vs Anamnesis

METODO DIAGNOSTICO	
AMBULATORIO	TRADICIONAL
HIPOTETICO-DEDUCTIVO	INDUCTIVO EXHAUSTIVO
<ul style="list-style-type: none"> • Integral • No focalizado a un Síntoma sino a problemas • Considera variables psicosociales • Busca identificar problemas y tomar conductas • No dirigido a realizar "diagnóstico específico" • Maneja incertidumbre 	<ul style="list-style-type: none"> • Específico • "Agota" el síntoma • Variables psicosociales tienen baja prioridad • Busca establecer diagnóstico específico • Baja tolerancia a incertidumbre

En el escenario ambulatorio, la "anamnesis" requiere ser reemplazada por "la historia del paciente y su contexto" en un modelo integrador de tipo hipotético-deductivo (5,6,11). Aquí, la estrategia consiste en dejar que el paciente plantee los diferentes síntomas en su propio lenguaje, tolerando posibles confusiones o inconsistencias y abriendo pro-activamente el espacio para el relato de factores psicosociales asociados a los síntomas referidos por el paciente. En el modelo hipotético-deductivo, el médico integra síntomas y factores del contexto psicosocial del paciente y establece hipótesis diagnósticas y de trabajo en torno a ellos. Este modelo permite mayor eficacia y eficiencia en la evaluación clínica ya que integra las variables en juego en el diagnóstico y permite priorizar los problemas a abordar. Una paciente con un duelo reciente, dificultades económicas, y cefalea es claramente diferente a una paciente con cefalea reciente, sin síntomas depresivos o de ansiedad. El enfrentamiento luego de haber realizado una historia integral, será diferente para el mismo síntoma.

EL "VALOR PREDICTIVO" DEL EXAMEN FISICO EN EL ESCENARIO AMBULATORIO

La pregunta central, que surge luego de obtener la historia de un paciente, es la utilidad del examen físico para corroborar, descartar o complementar las hipótesis surgidas en la entrevista. Diversos estudios han mostrado que el examen físico aporta poco más en el diagnóstico de los problemas que una adecuada entrevista (5,11). De esta manera, el examen físico es un "test" que en ocasiones modifica poco la sospecha clínica, que surge de la entrevista. En términos de epidemiología clínica podríamos decir que si la probabilidad pre-test o sospecha clínica es alta para un determinado cuadro clínico luego de la entrevista (ej. trastorno depresivo o síndrome ulceroso), el examen físico (o test) modifica poco la probabilidad post-test de tener la enfermedad. La probabilidad post-test equivale en este caso al valor predictivo positivo del test y esta determinada principalmente por el grado de sospecha clínica. De esta forma, si por ejemplo la sospecha clínica (probabilidad pre-test) para un síndrome ulceroso es muy alta por la historia, el "valor predictivo del examen físico" es decir, la probabilidad de que el paciente tenga una úlcera dado que presenta dolor a la palpación abdominal es también alta pero no se ha modificado significativamente respecto de la probabilidad obtenida sólo por la historia. El examen ha aportado poco. Mas aún, si el examen hubiera sido normal (ausencia de dolor a la palpación) lo más probable sigue siendo que el paciente tenga un dolor abdominal de tipo ulceroso. La historia en este caso, induce un alto nivel de sospecha y se modifica poco con el examen físico.

Como podemos ver el examen físico es una función de la historia. El "examen físico le pregunta a la historia: ¿que hago?", debe ser "dirigido" por la historia. Esto es especialmente relevante en el ámbito ambulatorio en donde la multiplicidad de problemas planteados y las restricciones de tiempo requieren que se obtenga el máximo provecho de un examen físico dirigido. El examen físico alcanza su mayor utilidad cuando existe un alto nivel de incertidumbre luego de la entrevista médica. Es allí donde el examen físico puede modificar significativamente la sospecha clínica o probabilidad pre-test. En el caso de un paciente con dolor abdominal y vómitos, la presencia de dolor en el hipocondrio derecho y la ictericia observada en el examen físico pueden elevar (o "aclarar") importantemente la probabilidad de presentar un cuadro de origen biliar. Aquí, el examen físico ha sido de utilidad para disminuir la incertidumbre de la historia, ha modificado significativamente la probabilidad diagnóstica.

En un estudio realizado a todos los pacientes consultantes en un año a una clínica ambulatoria en Inglaterra, el número de sistemas examinados por los médicos estuvo directamente relacionado con el nivel de incertidumbre respecto a la hipótesis diagnóstica al finalizar la entrevista (5). A mayor incertidumbre, mayor número de sistemas examinados (tabla 2). De esta forma, en el modelo de práctica ambulatoria, el examen físico es dinámico y se adapta a las exigencias y los grados de certidumbre obtenidos en la historia. Su utilidad esta fuertemente determinada por ella.

Tabla 2. Relación entre número de sistemas examinados y grado de certeza diagnóstica en la entrevista

SINTOMA	CERTEZA DG	SOLO 1 SIST EXAMINADO	2 O + SIST EX
Odinofagia	89%	95%	5%
Otalgia	77%	98%	2%
Tos	76%	87%	13%
D. Precordial	49%	66%	33%
Cefalea	33%	63%	37%
T digestivo	26%	55%	45%

N= 1446 Consultas.
Adaptado de Morrel, 1991

EL ESCENARIO AMBULATORIO Y LA UTILIDAD DE LOS EXAMENES DE LABORATORIO

La utilidad de los exámenes de laboratorio sigue principios muy similares a los descritos en el análisis del examen físico. De hecho, hemos planteado el examen físico como un test complementario a la historia. Existen dos aspectos a evaluar al analizar la utilidad de los exámenes de laboratorio y que presentan aspectos particulares en el ámbito ambulatorio. Estos son la validez del test y su valor predictivo.

Validez de un examen:

La validez de un test esta compuesta por dos factores: su sensibilidad y su especificidad. La sensibilidad, se refiere a la probabilidad de que el test sea positivo dado que la enfermedad esta presente. La especificidad es la probabilidad de que el test sea negativo dado que la enfermedad no existe (12).

La figura 3 presenta un ejemplo de un test con una sensibilidad de un 70% y una especificidad de un 60%. La sensibilidad y especificidad de un test dependen básicamente de las características del test y no de la frecuencia de la enfermedad en un determinado escenario. Sin embargo, existen diferencias en el ámbito ambulatorio y hospitalario que afectan la validez de los test en estos escenarios. La sensibilidad y especificidad del factor reumatoide presenta diferentes valores en distintos escenarios. De esta forma, para un grupo de pacientes con la misma patología, artritis reumatoide, los valores de sensibilidad publicados varían desde 30% hasta 70% (13-16). Al analizar con mas detalle la información, puede observarse que los valores de sensibilidad tienden a ser menores en grupos de pacientes con artritis reumatoide pertenecientes al ámbito ambulatorio vs. aquellos pertenecientes al ámbito hospitalario que tienden a presentar valores de sensibilidad para el test mas elevados.

¿Cómo puede entenderse esto si en ambos escenarios los pacientes tienen la misma enfermedad y estamos considerando un mismo test en laboratorios equivalentes?

La respuesta se encuentra sin duda en las diferentes etapas en que se

Figura 3. Validez de los exámenes para el diagnóstico

1. SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TEST:

SENSIBILIDAD: PROBABILIDAD DE QUE EL TEST SEA + DADO ENFERMEDAD +

ESPECIFICIDAD: PROBABILIDAD DE QUE TEST SEA - DADO AUSENCIA DE ENFERMEDAD

Ejemplo: Supongamos que en una población de 1000 pacientes la prevalencia de una enfermedad es 10% (100/1000). El test detecta un 70% de los pacientes con la enfermedad (sensibilidad 70%; 70/100) y es negativo en un 60% de aquellos sin enfermedad (especificidad 60%; 540/900)

	E+	E-
T+	70	360
T-	30	540
Total	100	900

A pesar de que la sensibilidad y especificidad del MISMO test no cambia con la frecuencia o prevalencia de la enfermedad, ellas son diferentes en distintos escenarios clínicos. Como puede entenderse esto?

Por ejemplo: Por qué el Factor Reumatoide tiene una sensibilidad de 30% en cons amb gral y 70% en hospital ??

SENSIBILIDAD: 70% (30% F-)

ESPECIFICIDAD: 60% (40% F+)

PREVALENCIA: 10%

encuentran los pacientes con la enfermedad en ambos escenarios. En el escenario ambulatorio los pacientes tienden a presentarse en etapas más precoces de la enfermedad que en el ámbito hospitalario. De esta forma, la sensibilidad del examen, es decir, la probabilidad de que el test salga positivo en pacientes con la enfermedad, es menor en el escenario ambulatorio que en el hospitalario a pesar de que en ambos los pacientes tengan ya la enfermedad (figura 4). Inmediatamente podemos hacer el análisis paralelo con el examen físico. ¿Cuál será la sensibilidad del examen físico en un paciente con apendicitis que consulta las primeras horas en un consultorio respecto al mismo paciente con apendicitis que consulta un par de horas después en el servicio de urgencia?

Tabla 4. Efecto del estado clínico de la enfermedad en la sensibilidad del test

EL ESTADO CLINICO de las enfermedades es DISTINTO en la consulta amb. general que en el hospital o consulta de especialidades. En la consulta ambulatoria la enfermedad esta en una etapa inicial y el factor reumatoide es + en el 30% de los casos. En el ambito hospitalario (o de especialidad) la enfermedad esta en una etapa mas avanzada y el test es + en un 70% de los casos.

T	Estado Inicial Enfermedad		Estado Avanzado de Enfermedad	
	E+	E-	E+	E-
T+	30	360	70	360
T-	70	540	30	540

Consulta Ambulatoria General

Sensibilidad: 30% Preval: 10%

Especificidad: 60%

Hospital o Consulta Especial.

Sensibilidad: 70% Preval: 10%

Especificidad: 60%

A pesar de que la prevalencia en ambos casos es la MISMA (10%) la sensibilidad del test es diferente debido a la diferencia en la ETAPA de la enfermedad en cada caso.

Sin duda que la sensibilidad del mismo examen en el mismo paciente con la enfermedad será menor en el ámbito ambulatorio. De esta manera, el momento en el cual un paciente se encuentra en la historia natural de su enfermedad afecta fuertemente la utilidad del test o examen solicitado.

Valor predictivo de un examen:

En relación al valor predictivo del test, su análisis es semejante a lo descrito para el examen físico, es decir, la utilidad del test también depende en forma importante de la probabilidad pre-test o sospecha clínica de la enfermedad.

Si tomamos el caso de la paciente con cefalea analizada inicialmente y asumimos que el scanner cerebral tiene una sensibilidad de 95% y una especificidad también de 95% (18), es decir, una validez muy alta para el diagnóstico de lesiones intracraneanas, podemos observar en la tabla 3 cuánto modifica el test el diagnóstico de lesión intracraneana a diferentes probabilidades pre-test o grado de sospecha clínica. Puede observarse que cuando la sospecha clínica de lesión intracraneana es muy alta (ej. 90% en un paciente con cefalea de origen reciente y signos neurológico focales), el resultado positivo del examen no afecta significativamente el diagnóstico. La probabilidad (o VPP+) aumenta de 90% a 99%. Aún más, un examen negativo representa una alta probabilidad (80%) de que el paciente no tenga una lesión intracraneana que explique su síntoma, a pesar de tener una lesión al scanner (1-VPP-). Esto representa muy probablemente un falso positivo. Lo inverso sucede con una muy baja probabilidad pre-test o sospecha clínica, el resultado del examen no modifica sustancialmente la probabilidad de la enfermedad. De esta forma, puede observarse que al igual que en el análisis de la utilidad del examen físico, los test de laboratorio alcanzan su máxima utilidad a niveles intermedios de probabilidad pre-test, es decir, cuando el nivel de incertidumbre diagnóstica, al finalizar la historia es, alto (tabla 3).

Tabla 3. Efecto de la «Sospecha Clínica o Probabilidad Pre-Test en la Utilidad del Examen Físico o Examen de Laboratorio»

A MAYOR CERTEZA EN LA HISTORIA MENOR UTILIDAD DE EX FIS. O EX LAB.

SOSPECHA CLINICA (PROB PRE-TEST)	99%	90%	50%	10%	1%
PROBDE QUE PACIENTE TENGA ENF. SI TEST POSITIVO (VPP)	99.9%	99.4%	95%	68%	16%
PROBDE QUE PACIENTE NO TENGA ENF. SI TEST NEGATIVO (VPN)	16%	68%	95%	99.4%	99.9%

SENSIBILIDAD / ESPECIFICIDAD TEST 95% / 95% TODOS CASOS
MC WHINNEY, 1995.

EL EXAMEN FISICO O DE LABORAT CAMBIA LA CONDUCTA SOLO EN NIVELES ALTOS DE INCERTIDUMBRE (50% DE QUE EXISTA O NO ENF)

En síntesis, vemos que la utilidad de los test de laboratorio debe ser considerada en forma diferente en el ámbito ambulatorio ya que el momento de la historia natural de la enfermedad es distinto que en el terreno hospitalario y nuevamente vemos que la entrevista médica dirige la utilidad del examen. Al igual que en el análisis del examen

físico, aquí, “el examen le pregunta a la entrevista ¿qué hago, para qué sirvo?”.

LA TOMA DE DECISIONES

La información obtenida mediante la entrevista, el examen físico y los exámenes de laboratorio según, se requieran, es necesaria pero claramente insuficiente para planificar la toma de decisiones. El proceso de toma de decisiones requiere considerar la evaluación médica con las expectativas y necesidades percibidas por el paciente. La mayor parte de las veces la “agenda médica” es diferente a la “agenda del paciente” (6,17). Las decisiones que se tomen y sobre todo aquellas que se lleven a la práctica tienen que ver más bien con la “agenda del paciente”. El paciente realiza un balance de la información recibida con sus propias expectativas y realidades familiares, laborales y sociales y toma decisiones basado en ellas.

Una de las tareas fundamentales del médico a lo largo de la evaluación médica es precisamente “leer” la agenda del paciente. Esta puede incluir la expectativa de ser examinado físicamente o de recibir la solicitud de exámenes de laboratorio. Los valores culturales pueden influir, por ejemplo, en las expectativas de un paciente de ser examinado físicamente o de recibir una lista de exámenes de laboratorio aunque desde el punto de vista clínico estos sean de escasa utilidad. El proceso de interacción médico-paciente puede ir moldeando estas expectativas para coincidir en una agenda común (6,17). El considerar la agenda del paciente tiene claras implicancias éticas, pero también prácticas al ser una variable tremendamente importante en la “adherencia del paciente al tratamiento”. La “adherencia al tratamiento” no es más que fruto del grado de sintonía que el paciente alcanza entre su “agenda” y la planteada por el médico.

CONCLUSIONES

La medicina esta experimentando a nivel mundial un viraje hacia lo ambulatorio que plantea desafíos distintos al paradigma intrahospitalario. Las principales diferencias entre el ámbito de la medicina ambulatoria e intrahospitalaria estan en el espectro de problemas biopsicosociales que los pacientes plantean, el momento de presentación de ellos, la incapacidad de controlar y monitorizar precisamente las variables que afectan los problemas de los pacientes y las exigencias de tiempo que el médico tiene en la evaluación clínica. Los factores descritos requieren de un modelo de entrevista médico hipotético-deductivo, de un examen físico dirigido y exigen que la solicitud de exámenes complementarios este basado en el grado de sospecha clínica o probabilidad pre-test surgido de la entrevista. La información obtenida de la entrevista, el examen físico y los test de laboratorio, requiere ser valorada en el contexto de las necesidades y expectativas del paciente para avanzar así en la toma de decisiones.

Referencias

- (1) World Health Organization. Community Health Centers: At the Centre of Health Care Reform. International Conference. Montreal, Canada 1995.
- (2) Grumbach K. Requiem for traditional medical practice in the United States. *Arch Fam Med* 1995; 4: 756-757.
- (3) Martin J, De Manuel E, Carmona G, et al. Los cambios necesarios para continuar la reforma sanitaria: I El cambio interno. II El cambio externo. *Rev Esp Salud Pub y Adm San.* 1990; 4: 1-32.
- (4) Seifer S, Hermanns K, Lewis J. Creating Community Responsive Physicians. American Association for higher Education, 2000.
- (5) Morrel D. The art of general practice. Oxford Medical Publications. 1991.
- (6) McWhinney I. Medicina de Familia, Mosby 2* Edición 1995.
- (7) Morrel D, Evans M, Morris R et al. The "five minute consultation": the effect of time constraint on clinical content and patient satisfaction. *BMJ* 1986; 292:870-873.
- (8) Larrouse Editores. Diccionario Larrouse 1992-1993. Editorial Larrouse, Madrid 1993
- (9) Feldman M, Christensen J. Behavioral Medicine in Primary Care. Lange Ed, 1997.
- (10) Lipkin M Jr, Putnam SM, Lazare A. The Medical Interview: Clinical Care, Education, Research. Springer-Verlag Ed. 1995
- (11) Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical Epidemiology: a basic science for clinical medicine. Little Brown, Boston. 1991
- (12) Weiss N. Clinical Epidemiology. 2* Edition Oxford University Press 1999.
- (13) Shmerling RH, Delbanco TH. How useful is the rheumatoid factor? An analysis of sensitivity, specificity, and predictive value. *Arch Intern Med* 1992; 152: 2417-2420
- (14) Suarez-Almaraz ME, Gonzalez-Lopez L, Gamez-Nava JI, et al. Utilization and predictive value of laboratory tests in patients referred to rheumatologists by primary care physicians. *J Rheumatol* 1998; 25:10: 1980-1985
- (15) Tierney L, McPhee SJ, Papdakis M. Current Medical Diagnosis and Treatment 35th edition Lange Medical Book.
- (16) Harris ED. Rheumatoid arthritis: pathophysiology and implications for therapy. *N Engl J Med* 1990; 322: 1277-1289.
- (17) Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CI, Freeman TH. — Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method. Sage Publications, 1995.
- (18) Weingarten S, Kleinman M, Elperin L, Larson EB. The effectiveness of cerebral imaging in the diagnosis of chronic headache. *Arch Intern Med* 1992; 152,12: 2457-2562.
- (19) Zarranz JJ. Neurología, Barcelona, Mosby Doyma, 1994.