

ARTICULO

Crisis del método clínico

Crisis of the clinical method

Dr. Miguel A. Moreno Rodríguez

Médico, Internista, Profesor Titular.

RESUMEN

Este es un artículo de opinión donde el autor, a partir de la identificación de una crisis universal del método clínico, que tiene consecuencias preocupantes en el ejercicio de la medicina, identifica las que considera sus causas principales: el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio de la clínica, la sobrevaloración de la tecnología y el desinterés por el generalismo. Se hace un llamado a restablecer todos los valores del método clínico y a sembrar permanentemente sus principios en todos los médicos en formación.

Palabras clave: Método clínico; Crisis del método; Relación médico-paciente; Tecnología médica

ABSTRACT

This is an opinion paper. The author identifies an universal crisis of the clinical method, with dangerous consequences in the practice of medicine. Among its main causes, there are discussed: a deterioration in the doctor-patient relationship, the undervaluation of clinics, the overvaluation of technology, and the indifference for general medicine. A call for attention is made for the restoration of clinical method values and to permanent seed its principles in all medical students and young doctors.

Keywords: Clinical method; Method crisis; Doctor-patient relationship; Medical technology

Asistimos a una crisis del *método clínico*, que tiene consecuencias preocupantes en el ejercicio de la medicina. Nos afecta a todos, países desarrollados y subdesarrollados y la encabezan, los Estados Unidos que,

teniendo los aspectos científico-técnicos más avanzados de la medicina en el mundo -no así los sociales- ejercen por ello una fuerte influencia sobre los médicos e instituciones de salud en todas partes y crean en algunos una tendencia a seguir su ejemplo.

El problema se ha estudiado en distintos países y debemos decir que un gran número de los análisis más sensatos y lúcidos provienen, precisamente, de los medios académicos de los propios Estados Unidos, hondamente preocupados por sus implicaciones.

A mi juicio, la crisis gira, sobre todo, alrededor de los siguientes aspectos: deterioro de la relación médico-paciente, menosprecio del valor del interrogatorio y del examen físico, sobrevaloración de la función de la tecnología y desinterés creciente por la medicina interna y de atención primaria. Intentaremos abordarlos separadamente.

DETERIORO DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente, que es el aspecto más sensible y humano de la medicina, requiere una buena comunicación del médico con el enfermo, sentir y mostrar un interés real por su problema, tratarlo con dignidad, con respeto y saber escuchar, lo que equivale a dejar al enfermo expresar libremente sus quejas. *Osler* decía que el médico tiene 2 oídos y 1 boca para escuchar el doble de lo que habla. Sin embargo, el estilo médico actual en la entrevista es de un alto control. El médico habla más que el paciente y realiza un interrogatorio muy dirigido sobre la base de preguntas directas, mientras que el paciente con frecuencia se limita a decir sí o no. De ahí que las entrevistas tengan un bajo contenido terapéutico, no se obtengan datos primarios de valor, la información para el diagnóstico sea incompleta, se dejen de abordar problemas activos y, al final, se cometan errores en el

Nota: Este artículo fue publicado originalmente en Rev Cubana Med 1998;37(2):123-128 . MEDISUR agradece a sus autores y editores, la aprobación de su reproducción en nuestra revista.

Correspondencia:

Miguel A. Moreno Rodríguez

Hospital Militar Central "Carlos J Finlay".

Ave. 31 y calle 114, Marianao, Ciudad de La Habana, Cuba.

Dirección electrónica: mmoreno@infomed.sld.cu

diagnóstico. Muchos médicos olvidan que con frecuencia, los enfermos evalúan las habilidades interpersonales por encima de su propia competencia científica, que desean explicaciones claras, que el médico demuestre paciencia, cortesía, privacidad, confidencialidad y lo ayude no sólo desde el punto de vista médico, sino también psicológico y social.

El estudio de *Beckman y Frankel*,¹ muestra que los enfermos eran interrumpidos como promedio a los 18 s de comenzar a hablar, en ocasiones a los 5 s, que en la mayoría de los casos la interrupción venía después de exponer el primer síntoma y que sólo el 20 % pudo completar el relato de sus quejas. *Norer*² ha reportado que el tiempo medio que el especialista de atención primaria dedica a sus enfermos es de 13 min y de 18 el internista, sin abordar los problemas emocionales de los pacientes en el 97 % de la muestra. En contraste, *De la Sierra*³ considera que interrogar y examinar a un paciente nuevo requiere en las mejores condiciones de cooperación por parte del enfermo y de entrenamiento por parte del médico, un mínimo de 30 min, sin los cuales el *método clínico* no puede ser adecuadamente aplicado. En un largo estudio de 8 años, *Beaumier y Bordage*,⁴ en Canadá, hallaron entre las deficiencias más frecuentes de los médicos, no identificarse ante el paciente, no darle el tiempo necesario para contestar, hablar al mismo tiempo que él, no mirarlo, no atender a lo que se le decía, reírse inapropiadamente, hacer preguntas automáticas en tono monótono, permanecer distante, hacer un examen físico desorganizado, mecánico e irrelevante, mostrarse impaciente e incluso agresivo, no dar explicaciones o ser muy escueto y no hacer el seguimiento posterior del enfermo. ¿Qué puede esperarse de tal tipo de relación médico-paciente?

Patricia Numan,⁵ de la Universidad de Nueva York, ha señalado que la mayoría de los pleitos judiciales contra los médicos son por la pobre comunicación con los enfermos. Digamos de paso que exactamente lo mismo es lo que sucede en nuestro país. En su opinión, las fallas de comunicación son por un mayor énfasis educativo en los aspectos de la ciencia y la técnica que en el desarrollo de habilidades interpersonales.

Se ha dicho que un factor importante es la falta de tiempo. Mi experiencia personal me ha enseñado que la primera entrevista con un paciente es crucial y el tiempo invertido en ella es tiempo que se ahorra *a posteriori*, porque cuando hay premura e indefinición de problemas el médico tendrá que volver sobre sus pasos para redefinir la información primaria, con lo que al final se consume más tiempo. Claro está que si hay que ver «6 casos por hora», como establece una norma clásica de nuestros administradores, que medía la «productividad» del médico por el número de enfermos vistos en la unidad de tiempo, no puede hacer tampoco una buena definición de los problemas.

Hay otro factor muy importante que ha señalado el profesor mexicano *Hinich*.⁶ el clima económico y social de

la medicina actual en el mundo admira y paga con creces al médico que hace procedimientos técnicos y desprecia y paga mal al que interroga y escucha. Hace 4 años, en Tennessee, un médico de familia requería hacer 18 visitas de 15 min cada una u 8 visitas de 50 min cada una, trabajando en el primer caso 4 horas y media y en el segundo 8 horas y media para ganar lo que un cardiólogo al realizar una coronariografía, que puede hacerse en menos de 1 h.⁷ Mientras más tiempo se le dedica al enfermo, el pago por unidad de tiempo se reduce. Se gana más punccionando un orzuelo que haciendo un diagnóstico clínico brillante.

EL MENOSPRECIO DE LA CLÍNICA

De la medicina interna y la cirugía general se desprendieron en este siglo las subespecialidades como una necesidad inevitable y provechosa, en virtud de la acumulación vertiginosa de conocimientos y el progreso tecnológico y es enorme lo que debe nuestra profesión al desarrollo de las subespecialidades. Pero los subespecialistas que atienden enfermos de manera continuada también son clínicos porque además de la técnica usan el interrogatorio, el examen físico, el razonamiento clínico y las aproximaciones analíticas en el diagnóstico. El *método clínico* les concierne tanto como al internista. ¿Qué valor tiene este método?

Está bien establecido que los médicos obtienen de la historia clínica la mayor parte de la información para el diagnóstico. Los trabajos de *Bauer*,⁸ *Hampton*,⁹ *Sandler*,¹⁰ *Young*,¹¹ *Rich*¹² y otros investigadores en los Estados Unidos e Inglaterra muestran que el interrogatorio hace por sí solo el diagnóstico en el 56 al 62 % de los enfermos; el examen físico añade del 9 al 17 % y la tecnología aporta del 20 al 23 % restante. La importancia del interrogatorio es determinante.

¿Por qué entonces se maltrata a la clínica que es tan útil? Pienso que por 4 razones: por ignorar su importancia, porque requiere de tiempo (sentarse con el enfermo, escucharlo con calma, relacionarse amablemente con él, luego examinarlo y después escribir); porque no da mucho dinero y porque se considera equivocadamente que la tecnología puede sustituirla. Está claro que el menosprecio de la clínica no sólo rebaja al médico, sino que encarece notablemente los costos de la asistencia y es una fuente continua de errores diagnósticos.

Hace 11 años, *Thomas Iberti*,¹³ del hospital Mount Sinai, expresaba que a la mayoría de los residentes se les veía muy pocas veces haciendo una entrevista o examinando a un enfermo, raramente buscaban relacionarse de manera efectiva con el paciente y que la habilidad para hacer una anamnesis y un examen físico experimentado había sido desenfanzada. En nuestro medio, mientras haya un alumno o un interno, entre él y el paciente, el residente jamás hará una historia clínica. En una encuesta efectuada en 1994 entre los jefes de cardiología de las facultades de medicina de los Estados Unidos y miembros de la sociedad *Laennec* de la *American Heart Association*¹⁴ acerca de si consideraban que había un deterioro de dichas habilidades

entre los residentes de esa especialidad en el país, hubo una respuesta afirmativa del 70 % de los profesores y del 92 % de los especialistas consultados. Es realmente sorprendente que se estén formando cardiólogos en los Estados Unidos capaces de hacer e interpretar una ecocardiografía bidimensional con cartografía del flujo a color, pero no sepan definir un soplo.

Pienso que en el menosprecio interviene el que se considere a la clínica una ciencia "blanda", inmersa en la incertidumbre, una mera colección de estampas folklóricas y anecdóticas. Quienes así razonan ignoran que la incertidumbre y el azar existen en todas las ciencias, incluida la física moderna y que todos los casos clínicos serios son rigurosamente científicos, encarnando una ciencia de lo individual tan «dura» como la biología molecular.

SOBREVALORACIÓN DE LA TECNOLOGÍA

Al igual que el desarrollo de las subespecialidades, el progreso tecnológico ha significado un gigantesco paso de avance en la medicina. Los análisis, de cualquier tipo que sean, no sólo confirman unos diagnósticos y rechazan otros, también rastrean enfermedades ocultas, revelan posibilidades diagnósticas allí donde la clínica no llega, asisten al médico en el tratamiento de enfermedades ya definidas, proveen ayuda pronóstica y tienen el valor de tranquilizar tanto al enfermo como al médico.¹⁵ Son una ayuda inapreciable; los usamos a diario y nos beneficiamos a diario de ellos si son empleados racionalmente. El error está en considerar que la tecnología sustituye y hace obsoleta la clínica. La tecnología extiende, pero nunca reemplazará las habilidades clínicas: en todo caso lo que hace la técnica moderna es sustituir a la técnica vieja y de eso hay decenas de ejemplos.

La confianza en la capacidad de la tecnología ha sido absurdamente hipertrofiada por algunos que preconizan entregar el razonamiento médico a equipos automáticos y delegar el estudio clínico a computadoras, consideran que la función del médico es ordenar procedimientos técnicos e interpretar sus hallazgos. Otros creen que la tecnología hace anticuadas las opiniones de los clínicos, que el juicio clínico está anclado en el pasado, mientras que la tecnología se basa en progresos contemporáneos que son la antítesis de la experiencia.

El problema del sobreuso de la tecnología es complejo. Por un lado muchos generalistas en el mundo han desarrollado una dependencia de los análisis de laboratorio, radiografías y electrocardiogramas para incrementar sus ingresos y derivan del 25 al 30 % de sus ganancias de estos procedimientos; por otro lado muchos médicos están colonizados por la técnica (que es lo que sucede entre nosotros), han atrofiado sus habilidades de observación y razonamiento, desconfían de la clínica, que quizás nunca cultivaron con amor, creen que sólo hay ciencia en el laboratorio y lo que hacen es un crudo "triage" que no exige más que un razonamiento muy elemental. En consecuencia, por cualquier pretexto indican análisis, endoscopias, tomografías computadorizadas y resonancias

magnéticas que lo único que hacen es maltratar a los enfermos, someterlos a riesgos, multiplicar los costos y aumentar los errores. El abuso tecnológico no mejora la calidad de la atención médica, sino que la perjudica y ha deteriorado la educación de los médicos en la aplicación del *método clínico*, determinando una disminución del énfasis en el entrenamiento de los estudiantes para hacer una historia clínica con calidad.

George L. Engel,¹⁶ un eminente analista de esta situación, puso el dedo en la llaga cuando escribió este juicio lúcido y profundo: "La declinación en la atención a las habilidades clínicas contrasta con una suprema confianza en la capacidad de la tecnología para resolver los problemas médicos y es un reflejo de la confianza que la sociedad occidental pone en la superioridad de las soluciones tecnológicas para los problemas del hombre".

Concluamos con *Feinstein*.¹⁷ La complejidad del ser humano sólo puede ser apreciada íntegramente por el único aparato astuto, versátil, perceptivo y suficientemente adaptable para examinar al hombre como hombre: un observador humano.

EL DESINTERÉS POR EL GENERALISMO

Cada vez son menos los médicos que se interesan por la medicina interna y de atención primaria. Es un fenómeno universal, pero más acusado en los países desarrollados. No tienen atractivos para los estudiantes; en los Estados Unidos, las plazas de estas residencias se ocupan sólo en un 50 al 60 %; casi el 30 % de los que inician la residencia la abandonan en el segundo año y hasta el 60 % de los que finalmente la concluyen se derivan a la larga a otra especialidad. Según una encuesta de *Lewis*¹⁸ en 1991, el 21 % de los especialistas no volverían a escogerla si tuvieran que empezar de nuevo y el 19 % escogerían incluso una profesión no médica. Para *Cleaveland*,⁷ en 1993, y cito textualmente, "esto es terrorífico para un país que necesita más y no menos médicos de atención primaria".

Las razones son las siguientes: menor retribución económica: un generalista gana hasta la cuarta parte de lo que percibe un subespecialista; demasiada sobrecarga de trabajo, intrusismo y limitaciones que imponen las compañías de seguros y otras agencias, excesivo papeleo, desagrado por el tipo de enfermo, muchos de ellos ancianos con enfermedades crónicas incurables, muchos alcohólicos, drogadictos y enfermos del SIDA; discriminación en los hospitales, menor tiempo libre y estilo de vida inferior.

Y sin embargo, pese a todo, ningún país puede darse el lujo de prescindir de una amplia cobertura de médicos generalistas en la atención primaria y secundaria, médicos de perfil ancho, que hagan uso con excelencia del interrogatorio, el examen físico, el razonamiento clínico, indiquen análisis cuando lo crean necesario y puedan asumir la mayor parte de la atención médica individual de la población. De ninguna manera ello puede ser asumido por las subespecialidades desde la misma base del sistema de salud. La vida demostró que ese intento fracasó por su

inmensamente ricos y saturados de recursos y donde esa concepción tuvo mucha fuerza, pudo echarse sobre sus hombros tamaño esfuerzo y hoy tratan, a través de reformas al sistema de salud, de lograr una amplia cobertura de generalistas que les permita asumir la atención primaria de la población y acallar las quejas de más de 40 000 000 de habitantes que reciben una deficiente atención médica.

En Cuba ya contamos con unos 67 000 médicos, 30 000 de ellos de atención primaria y unos 3 500 internistas. En un comienzo se priorizó la formación de internistas, pero después se decidió impulsar la subespecialización antes de que la medicina interna alcanzara la suficiente madurez y cobertura. La razón era acoplarnos al desarrollo acelerado de la especialización y la técnica que se producía en el primer mundo e impulsar el desarrollo científico del país. La consecuencia fue derivar el interés de los médicos hacia las subespecialidades. La medicina interna quedó sumergida por años en una sobrecarga de trabajo asistencial y docente en la atención primaria y dejó de tener atractivos más que para una minoría.

La presión de trabajo deterioró seriamente el *método clínico* entre los propios internistas, quizás el especialista más obligado a utilizar el método en su forma más

depurada. Los años que siguieron vieron un desarrollo desigual y una confrontación creciente y a veces amarga entre internistas y subespecialistas.¹⁹ Ya para los años 80 había plena conciencia de que nos faltaba otro médico generalista para la atención primaria y se priorizó su formación. Hoy es la especialidad más numerosa del país y ha constituido la medida más importante para hacer resurgir la medicina interna, que se mantiene en los hospitales y compartiendo tareas de consultoría en la atención primaria. A mi juicio, la esencia de nuestra experiencia asistencial en la atención de adultos es que hace falta priorizar desde un principio la formación de 2 generalistas: uno para la atención primaria -que asume además al niño, la embarazada y otras importantes funciones médico-sociales comunitarias- y otro para la atención secundaria, porque en los hospitales, el servicio con mayor demanda de trabajo ha sido, es y continuará siendo medicina interna.

Hoy tenemos por delante un reto que atañe en particular a los profesores. A todos los de las especialidades clínicas, pero en particular a los de medicina interna y medicina general integral: restablecer todos los valores del *método clínico* y sembrar permanentemente sus principios en todos los médicos en formación.

Referencias bibliográficas

1. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. *Ann Intern Med* 1984;101(5):692-6.
2. Noren J, Frazier T, Altmann I, De Lozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internist and family general practitioners. *N Engl J Med* 1980;302:11-6.
3. Sierra T de la. El método científico aplicado a la clínica. México, DF:Universidad Autónoma Metropolitana, 1982;39-40.
4. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. *Can Med Assoc J* 1992;146(4):489-97.
5. Numan P. Our greatest failure. *Am J Surg* 1988;155(2):263-5.
6. Hinich H. Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos. *Gac Med Mex* 1990;126:72-9.
7. Cleaveland CR. Gloom in the trenches. *HMQ* 1993;15:7-11.
8. Bauer J. Diagnóstico diferencial de las enfermedades internas. Barcelona:Editorial Científico-Médica, 1958:XI.
9. Hampton JR, Harrison MJG, Mitchell JRA, Prichard JS, Seymour C. Relative contributions of the history-taking, physical examination and laboratory investigations to diagnosis and management of medical out patients. *Br Med J* 1975;2:486-9.
10. Sandler G. Cost of unnecessary tests. *Br Med J* 1979;2:21-4.
11. Young MJ, Posses RM. Medical students perceptions of the value of the history and physical examination. *J Med Educ* 1983;58:738-9.
12. Rich EC, Terry WC, Harris IB. The diagnostic value of the medical history. Perceptions of the internal medicine physicians. *Arch Intern Med* 1987;147:1957-60.
13. Iberti TJ. American medical education: has it created a Frankenstein? *Am J Med* 1985;78:179-81.
14. Shaver JA. Auscultación cardíaca: una habilidad diagnóstica con buena relación costo-efectividad. Madrid:Tarpyo, 1996:7-8.
15. Griner PF, Glaser RJ. Misuse of laboratory tests and diagnostic procedures. *N Engl J Med* 1982;307:1336-9.
16. Engel GL. Are medical schools neglecting clinical skills? *JAMA* 1976;236(7):861-3.
17. Feinstein AR. Scientific methodology in clinical medicine. *Ann Intern Med* 1964;61:1162-3.

18. Lewis CE, Pront DM, Chalmers EP, Leake B. How satisfying is the practice of internal medicine? Ann Intern Med 1991;114(1):1-5.
19. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de desarrollo 2000: medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1987:11-9.