

ARTICULO

La vulnerabilidad del método clínico

Vulnerability of the clinical method

Dr. José Carlos Hernández Aragonés

Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor auxiliar. Instituto Superior de Ciencias Médicas. Facultad "Comandante Manuel Fajardo". Ciudad de La Habana.

Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Assistant professor. Higher Institute of Medical Sciences. "Comandante Manuel Fajardo" Faculty. Havana City.

RESUMEN

El artículo que se presenta tiene como objetivos el reseñar los factores generales que vulneran el uso del Método Clínico en la práctica médica diaria y exponer las particularidades que influyen negativamente en la utilización de los distintos pasos que llevan al diagnóstico y tratamiento correctos de un enfermo. Se realiza una exposición acerca de los factores y situaciones que contribuyen a que en ocasiones sea obviado el método clínico y los requisitos para su aplicación. Se concluye que se desconoce su importancia y su manejo adecuado así como que el deterioro de la relación médico-paciente son de los elementos que más debilitan su aplicación.

Palabras clave: Diagnóstico clínico; medios críticos; medicina clínica

ABSTRACT

This article is aimed at outlining the general aspects that undermine the use of the clinical method in everyday medical practice and also at exposing those that cause a negative effect on the use of the various steps leading to the correct diagnosis and treatment of a patient. A presentation is made on the issues and situations that may contribute not to take into account the clinical method and the requirements for its implementation. Finally, it is concluded that the importance and appropriate management of the clinical method is not

still widely known and that the decline of the doctor-patient relationship is a key element that hinders its application.

Key words: clinical method; science; scientific method; clinical diagnosis; clinical exam; physical exam; clinical hypothesis

INTRODUCCIÓN

A diario, cada persona produce una serie de pensamientos a partir de sus relaciones con la realidad objetiva; este tipo de pensamiento cotidiano es sencillo, natural y espontáneo: es el llamado sentido común.

El pensamiento científico permite comprender más profundamente la realidad objetiva: es sistemático, metódico y se ajusta a ciertos principios porque posee métodos que penetran en la esencia de los fenómenos y puede detectar como falsas premisas, lo que el sentido común daría como ciertas. También hace posible precisar cuándo los fenómenos coinciden y cuándo existe relación de causa efecto. Gracias a él se producen juicios valederos y objetivos cuyo resultado es un conocimiento sistemático y fundamentado, que se llama *ciencia*.^{1,2}

El *método científico* como medio de conocer la verdad, surgió con las ciencias durante siglos. Las disciplinas científicas que tienen relación directa con el estudio del hombre, se ven en la necesidad de usar este procedimiento. Su aplicación en la cotidianeidad de la

Correspondencia:

Dr. José Carlos Hernández Aragonés

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Facultad Comandante Manuel Fajardo, Departamento de Clínicas.

Dirección electrónica: josecar@infomed.sld.cu

profesión médica, debe sufrir adecuaciones y es por ello que ya Aristóteles señalaba que: "el método de estudio de la realidad debía ser congruente con el objeto estudiado".¹⁻³

La clínica se refiere al estudio de los enfermos, no de las enfermedades. Éstas son abstracciones conceptuales derivadas de la observación de muchos pacientes en los que se descubren regularidades y similitudes en el orden semiológico, clínico, evolutivo y de pronóstico, que permiten conocer e identificar un proceso patológico que es el mismo para cada enfermo.

El concepto de enfermedad o entidad nosológica se consolidó definitivamente con el progreso de la Anatomía Patológica, que permitió identificar con mayor certeza las lesiones que se producían sobre los distintos órganos y tejidos afectados.

En muchas enfermedades se conocen las causas; los avances de la terapéutica han permitido conocer también nuevas regularidades en la respuesta a los medicamentos.¹

Por tanto, el estudio de los enfermos permite hacer estas generalizaciones de carácter teórico, que hoy forman parte del cuerpo de conocimientos de la Semiología, la Patología y la Clínica.

Al tiempo que se identificaban estas regularidades, que permitían asegurar que varios enfermos tenían una misma enfermedad, los médicos observaban que se comportaban con una expresión diferente por lo que comenzaron a describirse las *formas clínicas*.

Es por eso que la expresión clínica y evolutiva es diferente para cada enfermo, aún teniendo la misma afección y se trata en cada caso, de una nueva experiencia de la naturaleza.

De estas consideraciones y de esta contradicción dialéctica de lo que es similar, pero a la vez distinto, surgió la idea de que no existen enfermedades sino enfermos, lo que constituye una de las premisas fundamentales del *método clínico* (MC).²

En el plan temático del programa de *los problemas sociales de la ciencia y la tecnología*, en su aspecto # 2: Epistemología, se refiere que: en el proceso de la investigación científica hay formas y métodos y debe existir correlación de lo empírico con lo teórico.⁴

Al seguir estos aspectos se define que un método es la manera de abordar la realidad, de estudiar cualquier fenómeno; un modo, un recurso que utiliza el hombre orientado a la obtención de un propósito y a la asimilación del conocimiento de un determinado objeto así como también de un procedimiento para tratar un problema o un conjunto de ellos.

Los métodos facilitan la búsqueda de un "camino" no errático con un plan preestablecido y con reglas determinadas y aptas para conducir a un fin propuesto.³

Al método le es inherente un sistema de reglas (metódica) y su característica esencial es que está dirigido a un objetivo e incluye:

- a) La función de servir como medio.
- b) Su carácter final.

En cualquier búsqueda del conocimiento, el hombre alcanza sus objetivos por medio de acciones u operaciones sistemáticas nunca a través de una sola sino de una serie de ellas (reglas). En este sentido, ese carácter sistemático, gradual y escalonado hacia un objetivo específico lo hace sinónimo de *planificación*.^{3, 4}

Un aspecto muy importante del método es que se contrapone en el sentido lógico al pensamiento espontáneo, instintivo y esto ya lo emparenta con el pensamiento científico; entonces se podrán establecer estos principios para la atención adecuada de los problemas de un enfermo y utilizar una manera inteligente de abordarlos y darles solución.³

Si a la variabilidad genética y ambiental se unen: los diferentes modos de actuar de un mismo agente etiológico, las asociaciones en un paciente de más de un proceso patológico, el estado de inmunidad natural en un momento dado así como la respuesta física y psíquica a la misma entidad, se comprenderá que al enfrentar a un enfermo, siempre se estará ante una nueva situación o problema que no se había visto previamente.

Al final, el diagnóstico será casi siempre el de entidades nosológicas conocidas; pero para alcanzarlo se requieren: dedicación, capacidad de observación, juicio clínico certero, habilidad para analizar situaciones nuevas, creatividad y audacia en las conjeturas así como también prudencia y rigor al establecer conclusiones. Se trata de la evaluación integral del paciente y de decisiones que tienen que ver con algo tan preciado como la salud y aún con la propia vida.

Cada enfermo, entonces, es una nueva situación y debe ser investigado con el método de la ciencia.

El MC es el *método científico* aplicado al trabajo con los pacientes y sus etapas serán las mismas atendiendo a las peculiaridades de cada nueva situación patológica encontrada.

Las distintas etapas del MC responden a similares pasos del método científico y son:

1. Formulación del problema.
2. Información primaria.
3. Formulación de una hipótesis.
4. Comprobación de la hipótesis.
5. Exposición de los resultados.
6. Aplicar la terapéutica.
7. Exposición y evaluación de los resultados finales.¹

El MC tiene principios inviolables que son:

- A. Existen enfermos y no enfermedades.
- B. Debe existir una adecuada comunicación médico-paciente.
- C. Tratar a los enfermos igual que si se tratase de uno mismo.
- D. No subvalorar la afección que presenta el paciente.

E. Diagnosticar pensando en las afecciones más frecuentes.

F. Actuar rápidamente.

Como es característico de todo proceso donde trabajan varias personas y depende de muchos factores; este método es VULNERABLE y se puede perjudicar en cualquiera de sus etapas por lo que surgió la idea de recoger todos los factores que pudieran debilitar los resultados de su aplicación.

El propósito de este trabajo está encaminado a resumir todos los elementos que afecten el desarrollo del MC y que han sido observados a lo largo de varios años de experiencia en las salas de Medicina Interna, lo que pudiera facilitar el ofrecimiento de más calidad en la labor diaria y trabajar con mayor rigor.

OBJETIVOS

1. Reseñar los factores generales que vulneran el uso del Método Clínico en la práctica médica diaria.
2. Exponer las particularidades que influyen negativamente en la utilización de los distintos pasos que llevan al diagnóstico y tratamiento correctos de un enfermo.

DESARROLLO

1. Etapas del MC

Las etapas reconocidas del MC son:

1^{ra} Formulación del problema

Es el enunciado del problema identificado como la pérdida de la salud o el principal motivo que lleva al enfermo a consultar al médico. Éste también puede ser detectado por el profesional que realiza su trabajo en la atención primaria de salud, al precisar un trastorno físico, psíquico o social, cuando realiza sus visitas de terreno.

En la actualidad, la Revolución se ha dado a la tarea, dentro de la batalla de ideas, de desarrollar distintos planes basados en el trabajo social, que llevan a cabo jóvenes formados con ese propósito y que facilitan la detección de estos problemas para su más adecuada y rápida solución.

¿Cuántas situaciones no se detectan y se les brinda una posible solución a corto o mediano plazo?

Este problema o "problemas" (porque a veces se suman) debe ser precisado con toda nitidez. Si es parte de una falsedad, de un supuesto producto de la superficialidad o del apuro en un primer contacto con el paciente, sería absurdo pensar que puede ser exitosa la aplicación del MC, pues comenzó mal.

Al considerar lo importante que resulta una *adecuada* definición del problema del paciente (o sea: qué lo movió a buscar ayuda médica o fue detectado por la visita de un trabajador social o un médico general integral) se tendrá un buen comienzo del MC.

2^{da} Información primaria

La búsqueda de la información básica se refiere al

desarrollo del *examen clínico* que está constituido por el interrogatorio (Anamnesis remota y actual) y el examen físico.

Este procedimiento está dirigido y orientado por la experiencia previa del profesional que lo desarrolla, así como por los conocimientos que aplica al ponerse al servicio del paciente. En una gran parte de las veces, esto ahorra tiempo a la hora de establecer una hipótesis diagnóstica.

El *examen clínico* debe realizarse en forma completa, independientemente que se detalle más el problema del sistema dañado.

En este aspecto no pueden obviarse los elementos de las historias: social, laboral, familiar y psicológica del individuo sometido a estudio.

Toda la información debe recogerse en detalle en el *expediente clínico* o en *la historia de la atención primaria de salud*. Éste es el documento más importante para la aplicación del MC y que resulta ser el ideal para llegar a la conjetura o hipótesis diagnóstica.

3^{ra} Formulación de la hipótesis

La hipótesis o conjetura en el **MC** es la impronta diagnóstica o la primera impresión susceptible de ser modificada con los elementos de la experiencia médica, los conocimientos y la contrastación.

Es imprescindible que este diagnóstico quede bien definido y se apoye en la información recogida con un fundamento real y objetivo de los elementos patológicos que aporta el *examen clínico*.

Si la búsqueda de la información es deficiente e inexacta, la hipótesis no tendrá posibilidad alguna de comprobarse y por consiguiente, los subsiguientes pasos no se conseguirán nunca.

No es posible que ningún investigador pueda diseñar un programa científico si no sabe para qué lo hace. Esto es aplicable al médico cuando desarrolla el *examen clínico* y no sabe establecer una hipótesis diagnóstica.

Claude Bernard escribió que "el razonamiento será siempre justo cuando descansa sobre nociones exactas y sobre hechos precisos pero no podrá conducir más que al error cuando las nociones y los hechos en que se apoya, están contaminados de errores e inexactitudes".⁶

4^{ta} Comprobar o negar la hipótesis. (Tecnología del diagnóstico).

Este paso se lleva a cabo cuando se observa la evolución del enfermo y se realiza un protocolo adecuado y planificado de investigaciones.

Estas técnicas paraclínicas son también interpretadas por seres humanos que al igual que el médico asistencial, analizan resultados, observan imágenes, estudian tejidos o interpretan lesiones internas en las distintas técnicas establecidas (Endoscopias) y están sometidos a los mismos problemas de la vida cotidiana, por lo que también pueden equivocarse.

La Revolución Científico-Técnica, que se llevó a cabo en

la segunda mitad del siglo XX, lo que cambió fue la tecnología y no la clínica.^{1,2}

De las pocas investigaciones que se realizaban en las primeras décadas del siglo XX, hoy se cuenta con infinidad de ellas que pueden ayudar a comprobar una hipótesis pero jamás podrán sustituir el desarrollo del pensamiento médico ni el buen desenvolvimiento del MC.

Si los médicos actúan solo basados en los avances tecnológicos, estarán echando por la borda la ciencia clínica desarrollada a lo largo de siglos de cuidadosa observación. Si se prescinde del MC y sólo se manejan las investigaciones paraclínicas, se haría muy costosa la atención de un enfermo y aunque la Revolución cubana nunca ha escatimado recursos para esto, sería imposible desarrollar una buena atención, e incluso, una adecuada enseñanza a los educandos que se forman a diario en las unidades de salud del país.

En la medicina capitalista los médicos abusan del uso de los exámenes complementarios, valiéndose de los enfermos que en su mayoría desconocen los elementos necesarios para una correcta conclusión. De esta manera obtienen mayores dividendos y agreden constantemente la ética profesional.

En el quehacer diario de la medicina cubana, debe hacerse énfasis en los exámenes indispensables que se indican para contrastar la impronta diagnóstica que se planteó y no indicar más análisis que los necesarios, así como también recordar que la ética médica se tendrá en cuenta en cada paso que se avance en este sentido.

Debe recordarse en primer lugar que lo importante es "no hacer daño", y que muchas veces hay que tener presente que los exámenes complementarios pueden causar iatrogenia si se trata de proceder invasivos.

En segundo lugar, se ha vivido durante más de 40 años bajo un férreo bloqueo que ha impedido adquirir la mayoría de los medios necesarios para la realización de exámenes imprescindibles para diagnóstico y otros especializados, que deben valorarse muy bien al ser indicados.

Un examen paraclínico solo no hace el diagnóstico. Lo que parecía una Tuberculosis ganglionar para un Patólogo que recibió una muestra de un paciente atendido por el autor en el año 2000, resultó ser una "enfermedad por arañazo de gato", cuando se estableció una buena historia clínico-epidemiológica del paciente.

Son múltiples los ejemplos que puede brindar cualquier médico que haya desarrollado bien su trabajo.

Está bien establecido que al realizar un buen interrogatorio se puede llegar al 60% de los diagnósticos; si se añade el examen físico, la certeza sube al 80% y con el uso de diversa técnicas se eleva la posibilidad a un 95%.

Obsérvese que el mayor grupo de posibilidades lo aporta un buen interrogatorio.²

5^{to} Exposición de los resultados. Contrastación con la

hipótesis original

(Contrastación de la hipótesis)

El alcance de un diagnóstico definitivo de certeza permite utilizar la terapéutica en todas sus facetas y muchas veces el uso de la Medicina Natural y Tradicional permite la solución de los problemas sin elevar el costo y con la utilización de recursos que siempre han estado al alcance de los pueblos, aún en las peores condiciones.

El diagnóstico integral lo debe hacer el profesional de la salud con todos los elementos de juicio en su poder o con ausencia de alguno de ellos para no identificar la enfermedad con la lesión. El diagnóstico patológico es parte de la hipótesis pero no es la totalidad del problema en estudio. Para identificar *la lesión* bastan las técnicas; para *la enfermedad*, la experiencia y los conocimientos del médico.

El MC basado en el método científico es esencial para conocer la realidad de un enfermo, esto resulta una verdad incontrovertible.

6^{to} Instituir la terapéutica (si procede, o reiniciar el proceso para recomenzar con nuevas estrategias pero siguiendo los mismos pasos).

7^{mo} Exposición y evaluación de los resultados finales.

Este paso es imprescindible para su comunicación al resto de la comunidad laboral o científica de la unidad donde se trabaje.

Es muy adecuada la discusión de los casos en colectivo, lo mismo para tomar decisiones que para notificar los resultados obtenidos en los análisis complementarios y en la evolución después de la terapéutica empleada.

En el caso de la unidad donde trabaja el autor se han llevado a cabo discusiones de casos interesantes durante varios años y se traen problemas de otras unidades para ilustrar a los profesionales y formar nuevos especialistas.

(Casos recogidos de *British Medical Journal* o de la revista *Medicine* de España).^{1,3}

LA VULNERACIÓN DEL MC

REQUISITOS PARA LA APLICACION DEL MC

1. Buena relación médico paciente.
2. Destreza en el interrogatorio y en el examen físico.
3. Organización y jerarquización de la información.
4. Integrar los problemas biológicos con los psicosociales y laborales.
5. Dominio del razonamiento clínico (análisis, síntesis, contrastación, objetividad y visión integral)
6. Indicar las pruebas de acuerdo a la clínica.
7. Conocer la interpretación, las limitaciones y los riesgos de la exploración complementaria y la instrumentación que se utilice.
8. Evitar las iatrogenias (por la palabra, las investigaciones o la terapéutica)
9. Reconocer y analizar en el colectivo de trabajo, los

errores.

10. Mantener una conducta ética en todos los casos.²

Cuando no se respetan estos principios o requisitos se está vulnerando el MC.

Hay muchas situaciones diarias que no permiten que se lleve a cabo con éxito la aplicación del MC y en este sentido están encaminados los propósitos que han motivado este artículo.

PRIMERA FASE

A) Cuando no se establece una adecuada relación entre el médico y el paciente. Esta dificultad se presenta casi a diario y en todos los niveles. Hay factores objetivos y subjetivos que se pueden señalar, no obstante, el de mayor importancia es no respetar este aspecto y no tenerlo en cuenta en cada acto que el médico lleve a cabo porque unas malas relaciones o una pobre empatía entre ambos, condenará al fracaso la acción profesional.¹

En múltiples ocasiones esta relación se afecta por causas inherentes al médico o por problemas de comunicación interpersonal tanto con el enfermo como con sus familiares. Se observa a veces, que el carácter irascible por sobrecarga de trabajo atenta contra esta relación; otras veces el enfermo preocupado o deprimido no expresa en forma precisa lo que el médico necesita para confeccionar el expediente clínico y es susceptible de equivocarse.

Se han visto errores graves que han partido de una mala relación y por tanto sobreviene una mala recogida de la información y también se ha observado que todo el proceso ha comenzado mal porque "no se escucha" con atención. Casi todos los seres humanos saben hablar pero pocos saben escuchar. Alguien dijo que: "*el hombre tarda dos años en aprender a hablar y toda su vida en aprender a callarse*".

Con una buena comunicación puede establecerse la confianza entre médico y paciente. Dígase lo que se quiera acerca de la solidaridad humana, pero no es igual cuando se aplica al hombre sano que cuando se trata de un enfermo. A este le invade un sentimiento de temor, de duda y soledad de tal naturaleza que la confianza en las instituciones a veces no es suficiente y necesita de la ayuda y solidaridad de una persona: el médico, que él aspira a convertir en su médico, así como del resto del personal de la salud (enfermeras, técnicos, etcétera).⁷

Al llegar a este punto es muy necesario señalar que los elementos de la ética médica no pueden ser soslayados y en primer lugar debe ser recordado que el médico debe estar vestido correctamente (dentro de sus posibilidades) y dirigirse al paciente en un tono respetuoso de acuerdo a las características de este. También debe dar muestras de la educación formal que se espera de él.

Es de obligación del profesional guardar celosamente los datos o confidencias que el paciente le comunique y no violar la confianza depositada porque corre el riesgo

de perder credibilidad y no recibir después otras informaciones necesarias a la confección del expediente clínico y a la continuación del proceso.⁷

Si no se observan adecuadamente estos principios se comenzará temprano a vulnerar el MC.

B) Cuando no se formula apropiadamente el problema del enfermo. Aquí se encuentra un error frecuente que conlleva que todo el proceso comience desviado y por tanto surge el peligro de equivocación en los próximos pasos.

Un ejemplo concreto sería el observado en la práctica al atender un paciente que aqueja cefalea que se ha presentado durante años y que ahora ha cambiado su carácter y localización, o que se presenta ante nuevas situaciones y se interpreta que es un fenómeno conocido y "crónico" que no tiene nuevo tratamiento y además no conlleva investigaciones actuales. El error consiste en formular mal el problema lo que provoca que se pueden escapar posibilidades diagnósticas como una Hipertensión Endocraneana provocada por un proceso expansivo cerebral, en una persona que ya padecía de cefalea migrañosa o tensional.

La formulación del problema debe estar en correspondencia con lo que "más preocupa al paciente" o "lo que más le molesta" de aquí se debe partir para desarrollar todo el proceso de aplicación del MC y debe recordarse que los intereses de Médico y del paciente no son los mismos. Aquí se verifica que el primero viene a que le alivien los síntomas y el segundo pretende hacer el diagnóstico y aplicar el MC; hay entonces una contradicción no antagónica que redundará en la obtención del bienestar del enfermo.⁷

SEGUNDA FASE

A) Enfatizar más lo anecdótico que lo semiológico en el interrogatorio.

El Profesor Moreno Rodríguez en su obra "El arte y la ciencia del diagnóstico médico" refiere que un buen interrogatorio es el que cumple con los principios siguientes:

1. Dejar al enfermo expresarse libre y espontáneamente.
2. Definir todos los síntomas de la enfermedad actual.
3. Obtener la mayor semiografía de los mismos.
4. Ordenarlos cronológicamente (cronopatograma)
5. Determinar las circunstancias en que se iniciaron (condiciones de aparición).³
6. Duración total del cuadro clínico.
7. Relación de los síntomas con: funciones fisiológicas, actividades, hábitos y situaciones afectivas y sociales.

Resulta muy frecuente escuchar en el pase de visita diario con los educandos que se refiera la anamnesis como un "rosario" de problemas que le sucedieron al paciente antes de consultar al médico o un resumen de

los problemas administrativos que aún persisten y que antecedieron al ingreso, sin declararse en ningún momento la semiografía del motivo de ingreso o consulta, o a veces solo se hace una breve referencia a lo que motivó su admisión al hospital sin una descripción de todas las características de lo que le preocupa al enfermo.

Si se comienza así la anamnesis, se obtendrá un rotundo fracaso y se estará empezando a quebrantar el segundo paso del MC pues no servirá para abordar un interrogatorio útil para enunciar la hipótesis diagnóstica.

Persiste también, frecuentemente, que los educandos refieren con lujo de detalles las enfermedades previas y todos los medicamentos con sus dosis que el paciente toma y esto desvía la atención y sugiere juicios clínicos que impiden el desarrollo de una nueva conjetura o la valoración de una complicación que puede presentarse en la enfermedad de base.

Hay veces que el motivo de ingreso tiene que ver con la enfermedad crónica que tiene el ingresado, pero otras, es un elemento ajeno a ésta y entonces no se puede desviar la atención o pensar que todo tiene que ver con la patología antecedente.

Si bien es cierto lo importante que resulta tratar de ser unicista y pensar que los fenómenos que le ocurren al paciente tienen relación con el diagnóstico anterior, hay que pensar en otras posibilidades y para esto se necesita una buena anamnesis realizada con la semiotecnia requerida y la experiencia del profesional que dirige este proceso.

B) Interrogatorio parcial o incompleto.

El interrogatorio por sistemas y aparatos es un complemento que debe recoger lo que no estaba en la Historia de la enfermedad actual y sirve para confeccionar la anamnesis remota que ayudará en la formulación de la hipótesis.⁷

Es también frecuente que se recoja en forma incompleta y se ha observado frecuentemente que sólo se menciona el síntoma sin descripción breve de su semiografía lo que impide el aporte complementario de este aspecto del expediente clínico. Aquí también se puede debilitar el MC cuando es incompleto o cuando se desvía la atención hacia detalles que no tienen trascendencia. Esto sucede cuando un paciente refiere con lujo de detalles que su "dificultad para tragar" comenzó desde hace muchos años y fue estudiado en varios hospitales y nunca le han dicho qué diagnóstico tiene así como tampoco le han puesto tratamiento. Ahora ingresó por "palpitaciones y disnea" y quiere que se establezca una relación entre las dos situaciones.

Es lógico pensar que aquella disfagia fue interpretada como funcional probablemente producida por un trastorno psíquico y por eso no se le dio importancia. Es aquí donde entra a jugar un importante papel la experiencia y el conocimiento de la Patología y la Clínica.

Si se describe la disfagia con carácter protagónico, debe conducir a una hipótesis diagnóstica y no lo que fue y puede estar en relación con el agrandamiento cardíaco o vascular que pueda afectar al esófago y si tener relación con la historia de la disfagia referida antes.

El interrogatorio por aparatos es una información complementaria que no debe desviar la atención del o de los síntomas principales que motivaron el ingreso.

El médico que conoce la importancia de la confección de una adecuada anamnesis (próxima y remota) estará cumpliendo con los primeros pasos del MC y de seguro encontrará su hipótesis diagnóstica en aproximadamente un 60% de los casos si conduce con una adecuada Semiotecnia esta primera parte del Expediente clínico.

C) La falta de realización del examen físico o hacerlo de forma inadecuada o incompleta.

Para realizar un buen examen físico deben tenerse presentes los siguientes principios:

1. Hacerlo solo después del interrogatorio, porque la anamnesis guía el examen.
2. Efectuar bien cada maniobra (semiotecnia depurada).
3. Tener un orden a seguir en el examen de conjunto y por aparatos y aplicarlo.
4. Disponer de un mínimo de condiciones adecuadas: local, camilla, sábana e iluminación.
5. Privacidad.
6. Respetar el pudor del paciente.
7. No examinar por encima de las ropas.
8. Si al momento del examen ya se tiene el diagnóstico buscar todos los datos físicos que pueda producir la enfermedad en cuestión.
9. Definir con claridad cuándo un signo es equivoco o dudoso y consignarlo así.³

Según la experiencia del trabajo los errores que más se observan vulnerando el MC son:

Omitir partes importantes del examen incluidos aparatos completos, peso, talla, tensión arterial en miembros inferiores en un hipertenso, examen de las axilas y regiones inguinoescrotales, SOMA (sistema osteomioarticular), tacto rectal y vaginal, fondo de ojo, la frecuencia respiratoria, los campos pulmonares en sus planos anteriores y laterales así como los vértices pulmonares.

Se observa con reiterada frecuencia que la posición que guarda el médico con relación al enfermo no es la correcta y examinar por encima de la ropa y la deficiente ejecución de muchas de las maniobras importantes así como no definir la semiografía de los soplos, la descripción incompleta de la hepatomegalia y los edemas así como no auscultar los vasos del cuello y omitir partes de la sensibilidad, de los reflejos, de la coordinación y anotar como normales aspectos que no se exploran, lo que constituye un fraude.

Es un grave atentado al uso del MC ocultar alguna

información que se obtenga al examen físico.

Lo que resulta imperdonable y constituye una agresión a la ética médica es inventar un signo que no existe o decir que algún sistema es normal sin haberlo explorado.

Es un *vicio* de la práctica médica diaria, sobre todo en los educandos, y cuando se descubre, conlleva hasta una sanción grave cuando no, a la muerte de un enfermo que por no tener su examen físico completo, se ignoraba algún signo que era capital para el diagnóstico de tal o cual complicación de su enfermedad.

La realización de un buen pase de visita, donde se revise el expediente clínico y el tratamiento a diario debe conducir a detectar a tiempo estos problemas y evitar males mayores. Es responsabilidad máxima del docente o del especialista del grupo, que los datos aportados sean fidedignos y veraces para desarrollar con calidad los subsiguientes pasos del MC.⁸

TERCERA FASE

A) No se formulan hipótesis diagnósticas.

¿Cuántas hipótesis diagnósticas se elaboran en la mente del médico al concluir el examen de un paciente o al realizar el análisis de todos los datos obtenidos?

Según Rodríguez Rivera⁹ de dos a tres, Corral¹⁰ considera que habitualmente varían de cuatro a cinco; según Kassirer¹¹ nunca más de siete. Para este último autor, las primeras hipótesis surgen de la edad, sexo y raza y las quejas principales referidas en la anamnesis; otras surgen sólo después de realizado el examen físico o de disponer de algún resultado de exámenes complementarios y, finalmente, otras hipótesis afloran cuando ya se dispone de nueva información clínica o tecnológica no recogida en un inicio.³

Clásicamente existen cuatro métodos para la búsqueda del diagnóstico: *intuitivo, diferencial* (o por comparación), *inductivo* e *hipotético*.^{12, 13}

La intuición, fundamento del diagnóstico del mismo nombre, es definida como adivinación instintiva, aprehensión inmediata, sin discurso, de hechos, relaciones, verdades u objetos que no están patentes; disposición natural para captar inmediatamente la verdad o la solución de algo.¹⁴

El diagnóstico intuitivo o diagnóstico directo, fundamento del llamado "ojo clínico" no es otra cosa que un rápido reconocimiento de patrones ya pre-establecidos que la experiencia acumula y el médico reconoce. Es fácil reconocer a la Artritis reumatoide solo con observar las manos del enfermo o diagnosticar un Hipotiroidismo incluso por teléfono, con solo oír hablar a la persona afectada.

Los diagnósticos diferencial e inductivo se basan en la inducción que es el razonamiento que va de lo particular o de los hechos singulares a las generalizaciones y la deducción es lo opuesto, el razonamiento que va de lo general a lo particular, de las proposiciones generales a las conclusiones singulares o particulares de ahí que un concepto más refinado sea el expresado por *Gorski* y

Tavants: Inducción es el razonamiento mediante el cual pasamos del conocimiento de un determinado grado de generalización a uno nuevo de mayor grado de generalización. La deducción sería lo opuesto.¹⁵

En la obra de *C. Bernard* se aborda este asunto con claridad:

"[...] se define la inducción diciendo que es un procedimiento del espíritu que va de lo particular a lo general mientras que la deducción sería el procedimiento inverso, que iría de lo general a lo particular [...]"

"[...] no tengo ciertamente la pretensión de entrar en una discusión filosófica; solo en mi calidad de experimentador me limitaré a decir que en la práctica me parece muy difícil de justificar esta definición y separar netamente la inducción de la deducción".⁶

Engels expresa un criterio análogo al decir que "inducción y deducción forman necesariamente un todo ni más ni menos que la síntesis y el análisis. En vez de exaltar unilateralmente la una a costa de la otra, hay que poner a cada una en el lugar que le corresponde, lo que puede hacerse si no se pierde de vista, que ambas forman una unidad y se complementan mutuamente".¹⁶

Esto quiere decir que el médico, durante su razonamiento diagnóstico, utiliza indistinta y alternativamente, tanto la inducción como la deducción en dependencia de la etapa en que se encuentre.

El diagnóstico por hipótesis, también llamado terapéutico de Hufeland, ha sido habitualmente condenado por lo que supone de ignorancia y peligrosidad. Aquí no existe habitualmente un diagnóstico firme, sino una hipótesis que habrá de ser confirmada o no por el curso ulterior de la enfermedad o la acción de un tratamiento impuesto de manara empírica. Se trata, pues, de un diagnóstico provisional y que espera ser confirmado por intermedio de la terapéutica.³

A la hora de elaborar las hipótesis diagnósticas, los datos comienzan a ser combinados e integrados para proceder a su interpretación y el primer paso consiste en la elaboración de los síndromes correspondientes. En más de una ocasión se ha observado que el diagnóstico definitivo en algunos enfermos complejos no había sido establecido sencillamente por falta de definición en la naturaleza del síndrome principal. Esto no es excepcional que suceda en casos con afectación neurológica.

He aquí un ejemplo de error en la elaboración de la hipótesis que altera resultados y por tanto vulnera el MC.

Se asiste a diario a discusiones diagnósticas donde los internos y residentes plantean hasta ocho o nueve síndromes, algunos claramente forzados. Actuar de esa forma constituye un error.

Por otra parte hay síndromes de gran personalidad que engloban como debajo de una sombrilla, otros de mayor o menor relevancia. En un enfermo con diarreas agudas, febrícula de evolución prolongada, edemas en miembros inferiores, ascitis, ictero, hepato-esplenomegalia, palidez,

estupor, *flapping-tremor*, *fetor hepáticus*, petequias, y equimosis cutáneas, arañas vasculares y eritema palmar pudieran plantearse los siguientes síndromes: diarreico, febril, hidropigeno, ascítico, icterico, anémico, hepato-esplénico, purpúrico-equimótico y de degradación de la conciencia; pero es mucho más conveniente plantear exclusivamente un síndrome de insuficiencia hepática y por su intermedio ir a la búsqueda del diagnóstico, que de esta forma se alcanzará más fácil y racionalmente.³

Un paso importante es determinar cuál síndrome (síntoma o signo) escoger para iniciar el análisis y aquí no debe haber duda; se seleccionará aquel de mayor jerarquía o personalidad en el cuadro clínico del enfermo, que no siempre coincide con su queja principal.³

Un principio importante es ser unicista en los enfermos jóvenes y adultos y no así en los ancianos. Con pocas excepciones, en los primeros todo puede ser explicado a través de un solo proceso morboso y no se debe ser dualista; en los segundos, que padecen, por lo general de más de una enfermedad, condicionadas por la propia edad, el enfoque unicista conduce a errores frecuentes.

Se han expuesto varias de las condiciones a tener en cuenta a la hora del planteamiento de la hipótesis diagnóstica, aunque por supuesto, no se han planteado todas. No es objetivo de este artículo revisarlas la totalidad pero sí dejar esclarecido que cualquiera de ellas puede quebrantar el procedimiento a tener en cuenta para el paso más importante a la hora del diagnóstico.

B) Sustituir los juicios diagnósticos por expresiones como "Síndrome tal para estudio".

Cada día se hace más frecuente la utilización de la expresión antes referida que conlleva un facilismo y evidencia una falta de preparación y dedicación del médico ante el problema expresado por el paciente. Al decir o escribir en un expediente clínico que se abre al ingreso o en la consulta, esta expresión, se está evidenciando que hay falta de profesionalidad y hasta impericia en lo que se está tratando, que es un paciente en el que no puede ignorarse que no es biológico puro pues todas las personas tienen una respuesta psíquica y social a la enfermedad, y además nunca se está ingresando un síndrome o un signo "para estudio" pues con esto se está ignorando al ser humano en toda su integralidad y además se está violentando el paso de formulación de la hipótesis y del pensamiento lógico aplicado a la clínica.

Claro, es más fácil y cómodo decir "Hepatomegalia para estudio" que razonar en toda una historia que debe ser confeccionada con la técnica establecida, para determinar en una hipótesis que debe tratarse de una cirrosis hepática o de un hepatocarcinoma que se implantó en un hígado previamente dañado por una hepatitis crónica.

A veces la premura y la presión de trabajo obliga a los residentes e internos y hasta a muchos especialistas, a

establecer estos tipos de juicios incompletos, erróneos e inseguros y con esto se está consiguiendo debilitar aún más el trabajo que si se espera a tener más elementos para establecer la hipótesis diagnóstica.

Una impresión escrita en el cuerpo de guardia o en la primera consulta queda, a veces como un rótulo que no se puede borrar después fácilmente y que pesa a la hora de enfrentar al enfermo y tratar de darle solución a su problema.

CUARTA FASE

A) Selección inapropiada de los exámenes paraclínicos de acuerdo a la hipótesis diagnóstica.

Los análisis complementarios forman parte del MC. Si bien durante siglos el método fue puramente clínico, desde que surgió el laboratorio ha quedado plenamente integrado a él, porque la tecnología tiene un papel no solo importante, sino a veces decisivo en el proceso de diagnóstico. Los exámenes complementarios confirman una hipótesis y rechazan otras, asisten en el tratamiento de afecciones ya definidas, proveen información y ayuda pronóstica, son imprescindibles en la estadificación de un gran número de enfermedades y en la evolución de otras muchas, intervienen en la decisión de opciones terapéuticas, en la detección de los efectos indeseables de los medicamentos que se usan, rastrean enfermedades ocultas, revelan posibilidades diagnósticas allí donde no llega la sensibilidad de la clínica, pueden poner en evidencia enfermedades en un periodo asintomático y por qué no, tiene en determinadas circunstancias el poder de tranquilizar tanto al médico como al paciente, para no citar más que algunas de sus poderosas virtudes.^{17,18}

Para el uso de los exámenes indispensables y especiales a indicar a un paciente se requiere de algunos principios:

1. Selección correcta de los análisis.
2. Realizar solo los necesarios.
3. Sopesar siempre los riesgos para el paciente.
4. Tener el consentimiento del enfermo o los familiares a todos aquellos exámenes que comporten riesgos.
5. Evitar la iatrogenia.
6. Saber interpretar los resultados.
7. Integrarlos críticamente al expediente clínico.³

Si se siguen estos principios jamás se presentaran problemas y se respetará el procedimiento establecido en el MC.

Un expediente clínico con todos los exámenes comentados críticamente y con los juicios respaldados o negados por los resultados obtenidos, brindará una excelente información a cualquier profesional y servirá para realizar cualquier investigación que se necesite en la institución donde se ha desarrollado el estudio del paciente en cuestión.

Es un aspecto muy importante el *respeto* a esta fase del desarrollo del MC pues se asegura que la contrastación

de la hipótesis se lleve a cabo con cientificidad.

B. Usar pruebas injustificadamente.

A veces se quiere justificar un diagnóstico a través de los exámenes complementarios y lo que se logra es gastar recursos innecesariamente y violentar la integridad del enfermo con los resultados a lo que esto conduce.

Se observa frecuentemente también que se indican exámenes por complacer a pacientes hipocondríacos y familiares preocupados injustificadamente y se altera entonces el pensamiento lógico y la aplicación del MC.

En la Medicina capitalista, este recurso se ampara en la comercialización de la práctica médica; pero no hay nada más lejano a la ciencia que este tipo de práctica.

La formación de un médico en nuestra sociedad requiere del cumplimiento de la ética médica humanista y del ahorro de los recursos que el estado dispone y administra con rigor e inteligencia.

Si se decía que, para cumplir un método hacía falta seguir sus pasos organizadamente y mantener una conducta planificada, sería alejarse de estos preceptos, el no cumplir con tan adecuados principios.

C) Falta de contrastación del cuadro clínico con el resultado de los exámenes paraclínicos.

Siempre resulta imprescindible comprobar o negar la hipótesis con los resultados de los exámenes complementarios. Es un paso ineludible que si no se respeta no habrá información acerca de si se está siguiendo o no el MC. Además el diagnóstico de certeza nunca se obtendrá y, la conducta definitiva no podrá ser tomada para la curación del enfermo.

Hay que hacer referencia a los resultados en el expediente clínico pues debe recordarse que un examen no hace diagnóstico y que la unión de ellos con los resultados del examen clínico es la que logra llegar al dictamen definitivo.

Cuando el médico no realiza este paso, lo hace en forma incompleta, o ajusta los resultados obtenidos en los exámenes a su opinión y no a la verdad, se asiste a una violación del MC y no habrá conseguido su propósito de aplicar este método. Obtendrá un diagnóstico, pero en la mayoría de los casos, lejano de la realidad que se presentó en el examen clínico.

Hace más de veinte años, Engel¹⁹ señaló que mucho antes de la revolución científico-técnica, parte de la excitación intelectual del razonamiento en los médicos venía de considerarse capaces de anticipar con éxito lo que darían los análisis de laboratorio que indicaban a sus enfermos, en los cuales un arduo y sólido razonamiento los había conducido a determinadas hipótesis clínicas. Se creyó que el laboratorio lo que haría sería expandir esas posibilidades, pero lo que sucedió en muchos médicos fue lo contrario; más que refinar y aguzar la observación y el razonamiento clínico lo que hicieron fue atrofiarlo, adulterarlo, y falsificarlo al reducirlo a la indicación de abultadas baterías de complementarios, de "perfiles" renales, hepáticos, hematológicos, etc. donde los análisis

se indican de modo absurdo. Hoy en día el proceso del diagnóstico está organizado alrededor de esas baterías de exámenes de laboratorio que parecen prometer una respuesta sin requerir de un necesario razonamiento ni individualización del enfermo y Engel ha señalado que esto no es más que una regresión atávica al empirismo.³

¿Dónde radica entonces la frontera que separa la confiabilidad clínica de la tecnológica? No hay contradicciones entre la clínica y el laboratorio; la contradicción está entre los que utilizan su cerebro para pensar —sean clínicos o laboratoristas— y los que practican una medicina descerebrada. Como afirmara Engel, hoy día "se aprecia insuficientemente que el científico se distingue por sus procesos intelectuales y no por ningún procedimiento técnico individual".^{3, 19}

Según Scott,²⁰ la primera razón es un factor educacional, en el que la expansión de la tecnología fuerza a los educadores médicos a ser ultramodernos y bajo esta influencia los médicos jóvenes también quieren estar al día. La segunda es que el juicio clínico es barato, mientras que los análisis dan altos dividendos y la tercera es la práctica por los médicos de una "medicina defensiva".

Es posible entonces concluir que el abuso de los exámenes complementarios no ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas.

D) El no alcanzar, como parte del juicio médico, el diagnóstico total, global e integral del paciente.

Si no se han seguido los pasos del MC y se han utilizado mal los medios para la contrastación es seguro que no se llegará al diagnóstico integral del enfermo y por tanto la conducta a seguir ante el caso va a estar sometida también a errores.

Parece muy evidente que muchos de los errores médicos dependen no solo de la falta de conocimientos científicos necesarios, en un momento determinado para interpretar el cuadro clínico y complementario de un enfermo; también dependen de violaciones en la aplicación del método científico en el trabajo clínico, es decir, deficiencias que se van acumulando desde la relación médico-paciente, la recolección de la información primaria, la elaboración de hipótesis diagnósticas y la selección e interpretación adecuadas de las investigaciones tecnológicas de todo tipo para contrastar, enriquecer dichas hipótesis y hacer una comprobación correcta.

El profesor Moreno Rodríguez plantea que el día que se respete más el MC comenzará a reducirse sensiblemente los errores en el diagnóstico médico. La clínica adquiere en nuestros tiempos un valor todavía muchísimo mayor que en el pasado.³

QUINTA FASE

A) No reflejar en el expediente clínico los juicios establecidos en las diferentes fases del MC.

Cuando se manifiestan los juicios y la interpretación de las contingencias que han venido sucediendo con el

paciente y sus problemas, se está expresando el pensamiento lógico y la atención que se le ha prestado; además se está dejando constancia del pensamiento aplicado, de la preparación y de la madurez profesional del médico y de la aplicación del MC.

Muchas veces se ha visto que no se escriben estos elementos y queda ignorado todo lo que le aconteció al enfermo, y eso puede repercutir hasta en la evolución posterior de su afección y en el conocimiento que pueda derivarse en la consulta con este expediente. Debe recordarse que muchas veces se hacen estudios retrospectivos de las enfermedades basados en lo que se escribe en los expedientes clínicos.

B) La no comunicación a los demás colegas de las experiencias obtenidas en el trabajo médico.

Si todo lo que se obtuvo en las distintas etapas del MC no se ha escrito en el expediente del enfermo y en particular no se han reflejado los juicios y los demás comentarios, no será posible transmitir a los demás las experiencias obtenidas en cada caso y no se podrán obtener datos para una investigación de cualquier tipo.

Cada paso que se da en la contrastación de la hipótesis y cada vez que se obtiene un elemento nuevo en la evolución del paciente, debe ser reflejado en el expediente clínico para seguir un pensamiento lógico e informar a todos los que trabajan alrededor del enfermo

de las contingencias que han sucedido. Si no se hace así habrá una ignorancia total sobre el proceso de aplicación del MC y no se podrá cumplir el propósito principal de su aplicación.

Así también se está transgrediendo el MC y por tanto el trabajo será estéril.

CONCLUSIONES

1. El método Clínico es vulnerable porque se aplica mal en la mayoría de sus etapas y se desconoce su importancia y su manejo adecuado.
2. El deterioro de la relación médico-paciente es uno de los elementos que más debilitan la aplicación del MC.
3. El menosprecio al valor que tiene la realización de un buen examen clínico atenta contra la obtención de una hipótesis adecuada y por tanto quebranta el MC.
4. El empleo irracional y exagerado de los exámenes complementarios ha provocado una crisis en el uso legítimo del MC.
5. La falta de registro de los juicios clínicos y la incomunicación de los elementos inherentes a la evolución de un enfermo, atentan contra el buen desarrollo de este método.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ilizástegui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1989.
2. Selman Housein-Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002.
3. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002.
4. Cuba. Ministerio de Educación Superior. Programa de problemas sociales de la ciencia y la tecnología. La Habana: Minsap; 2002.
5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Introducción a la estadística y metodología de la Investigación. La Habana: Minsap; 1976. p. 89-102.
6. Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. Barcelona: Fontanella; 1976. p. 63-4.
7. Llanio Navarro R. Historia clínica: la mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. La Habana: Editorial Pueblo y educación; 1987.
8. Weiner S, Nathanson M. Physical examination frequently observed errors. JAMA 1976; 236: 852-5.
9. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método. Madrid: Díaz de Santos; 1991. p. 38.
10. Corral Corral C. El razonamiento médico. Barcelona, Madrid: Fontanella; 1994.
11. Kassirer J P. Diagnosing reasoning. Ann Inter Med. 1989; 110:893-900.
12. Llanio Navarro R. Propedéutica clínica y fisiopatología. t.1. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989. p. 6-7.
13. Lain Entralgo P. Diagnóstico de la enfermedad. En: Balcells Gorina A. Patología General. t.1. La Habana: Ediciones Revolucionarias; 1967. p. 18-27.
14. Diccionario enciclopédico. t. 6. México: Uteha; 1952. p. 371.
15. Gorski DP, Tavants PU. Lógica. La Habana: Imprenta Nacional de Cuba; 1972. p. 157-76.
16. Engels F. Dialéctica de la Naturaleza. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales; 1982. p.193.
17. Griner PF, Glaser RJ. Misuse of laboratory tests and diagnostic procedures. N Engl. J Med 1982; 307: 1336-9.
18. Routine laboratory tests [editorial]. N Engl J Med 1966; 275-6.
19. Engel GL. Are medical school neglecting clinical skills? JAMA. 1976; 236:861-3.
20. Scott J. Why are we killing clinical medicine? Medical Word News. 1979; July 23.