

Valoraciones sobre la crisis del método clínico en el nuevo milenio

Assessments on the Clinical Method Crisis in the New Millennium

*Yamila Cisnero Álvarez*¹, *Gregorio Hernández Castellanos*², *Maritza Jiménez Leyva*³, *Gabriel Hernández Castellanos*⁴

- 1 Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.
- 2 Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Asistente. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.
- 3 Máster en Procederes Diagnósticos en Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral Facultad de Tecnología de la Salud. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.
- 4 Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud. Especialista de Primer Grado en Ginecología y Obstetricia. Asistente. Policlínico Julio A. Mella. Tacajó. Holguín. Cuba.

RESUMEN

Se valoró el deterioro acelerado que experimenta la aplicación del método clínico en la actualidad. Se identificaron los aspectos en relación con la aplicación del método clínico en el ejercicio de la práctica médica. Se trataron de manera crítica los aspectos humanos y éticos de la profesión, asociados con la relación médico-paciente, las nuevas tecnologías y su uso. Se expuso la crisis actual del método clínico y sus implicaciones para el futuro de la Medicina.

Palabras clave: método clínico, diagnóstico clínico, relación médico paciente.

ABSTRACT

An assessment of the implementation of the clinical method was performed. The aspects related to its implementation in the medical practice, considering human and ethical aspects of medicine profession that involve the doctor-patient relationship and new technology use were identified. The authors also considered the current crisis of the clinical method and its implications for the future of Medicine.

Keywords: clinical method, clinical diagnosis, doctor-patient relationship.

INTRODUCCIÓN

La crisis del método clínico, encabezada por los países con poderosos recursos económicos, se profundiza y genera actualmente consecuencias preocupantes en el ejercicio de la medicina, sus repercusiones son cada vez mayores en los países subdesarrollados.

Los Estados Unidos, a causa de su elevado desarrollo científico-técnico en el campo de la medicina, influye notablemente sobre las concepciones de médicos e instituciones de salud en general y estimula a los demás a seguir su modelo de práctica médica; el problema se ha estudiado en distintos países, no obstante, los análisis más sensatos proceden de los medios académicos de los propios Estados Unidos.

El tratamiento de la crisis comprende aspectos sensibles de la práctica médica que introducen desde el inicio de la formación de los futuros médicos: el deterioro de la relación médico-paciente, el menosprecio por el valor del interrogatorio y del examen físico, la sobrevaloración de la función de la tecnología, así como el desinterés creciente por la medicina interna y la atención primaria de salud.

A continuación, se identifican algunos de los aspectos que afectan o deterioran el empleo del método clínico en la práctica médica en el nuevo milenio y se tratan ciertos elementos que permitirían cambiar conceptos en relación con el uso del método clínico en la práctica médica.

ASPECTOS QUE AFECTAN O DETERIORAN EL EMPLEO DEL MÉTODO CLÍNICO EN LA PRÁCTICA MÉDICA**Deterioro de la relación médico paciente**

La relación médico paciente es el eslabón más sensible y humano de la práctica médica. Ninguna máquina podrá sustituir la comunicación directa y de persona a persona; esta comunicación y el respeto que con ella se establece a la dignidad de los pacientes, es fundamental.

Desde hace algunos años, se ha producido un deterioro de la comunicación entre el médico y el paciente al intentar los primeros dominar totalmente la entrevista médica, en la que el médico habla más que el paciente, interroga con preguntas directas en aras de ahorrar tiempo, y que conduce, en muchas ocasiones, a que el paciente responda, si o no, a las preguntas que realiza el médico.

Es necesario dejar hablar al paciente, escucharlo atentamente, no demostrar apuro. Estudios realizados plantean que los médicos interrumpen a los pacientes a los 18 segundos de haber empezado a hablar y que solo el 20% de los pacientes puede completar el relato de sus quejas, en el 98% de los casos estos no exponen sus problemas emocionales. Otros estudios plantean que el médico de la atención primaria de salud solo dedica 13 minutos como promedio a cada paciente, mientras que el internista dedica 18 minutos ¹⁻³. Sin embargo, se considera que interrogar y examinar a un paciente nuevo requiere en las mejores condiciones de cooperación paciente-médico un mínimo de 30 minutos.

En un estudio realizado en Canadá por Beaumier y Bordage encontraron, entre las deficiencias más frecuentes de los médicos, las siguientes: el médico no se identifica, es decir no existe una adecuada presentación; no se concede al paciente el tiempo necesario para que relate su problema, en la mayoría de las ocasiones, se habla al mismo tiempo que él o se interrumpe, no se le mira a la cara, ni se atiende lo que dice. Con respecto al examen físico, se realiza de forma desorganizada, mecánica e irrelevante, la mayoría de las veces el médico se muestra impaciente, no ofrece explicaciones o es muy escueto y por último, no se sigue la evolución del paciente ³.

¿Qué puede esperarse de este tipo de relación médico-paciente? Se ha invocado como causa de esta situación, la falta de tiempo, no obstante, se conoce que la primera entrevista al paciente es crucial y el tiempo que se invierte en ella es tiempo que se ahorra en los próximos encuentros debido a que cuando existe premura e indefinición este a menudo deberá volver sobre sus pasos para completar o cambiar la información primaria. Sin embargo, los gerentes en aras de medir la productividad de los médicos aplican la norma clásica de seis casos por hora ^{4,5}. La ausencia de consultas para el seguimiento de los pacientes o la realización de estos por otros médicos agrava la situación anterior, y ello genera la necesidad de establecer estrategias de consulta que permitan seguir la evolución de los pacientes adecuadamente en la atención primaria de salud.

Subvaloración del interrogatorio y del examen físico

Como consecuencia de la acumulación vertiginosa de conocimientos y el progreso tecnológico, se derivaron de la Medicina Interna y la Cirugía un sinnúmero de especialidades como un requerimiento necesario y provechoso. No obstante, en estas

especialidades, con cierta frecuencia no realizan adecuadamente el interrogatorio y el examen físico. Sus profesionales se limitan a examinar su "parte" y por tanto, no pueden obtener una visión integral de la salud del paciente realizar una valoración correcta de ella y administrarles tratamientos adecuados, donde se reduzcan al máximo las posibles interacciones medicamentosas. Un ejemplo frecuente, es una paciente, que fue valorada por el oftalmólogo por glaucoma, a la que se indicó timolol, que el cardiólogo se lo proscribió, porque precipita la descompensación de la insuficiencia cardíaca que ella también padece. La correcta elaboración y lectura de la historia clínica del paciente puede prevenir la ocurrencia de muchas de estas situaciones.

Múltiples autores coinciden en que el interrogatorio por sí solo posibilita el diagnóstico en el 62% de los casos, el examen físico en el 17% y la tecnología en el 23% ⁶. Entonces, ¿por qué se maltrata de esta manera la clínica? Las razones pueden ser diversas: ignorancia y menosprecio de este modelo de ejercicio de la práctica médica entre ciertos círculos asistenciales y docentes, un requerimiento mayor de tiempo para su adecuada aplicación, la creencia errónea de que la tecnología puede suplirla, cuando en realidad esta reduce la maestría del médico, encarece los costos de asistencia y se considera con frecuencia una fuente importante de errores diagnósticos ⁷.

Al observar el trabajo de los residentes en los diferentes servicios de los hospitales y de los médicos en la atención primaria de salud, puede apreciarse que son pocos quienes realizan una entrevista médica y una anamnesis amplias o examinan con profundidad a los pacientes, también son escasas las ocasiones en que se busca establecer una relación más personal con el enfermo en busca de un mejor diagnóstico. La existencia de un alumno o un interno que se interpone entre el paciente y el residente por ejemplo, conduce a que este último, con frecuencia, no elabore una historia clínica completa y confiable o a que no revise adecuadamente qué está escrito en ella.

Sobrevaloración de la tecnología

El progreso tecnológico ha significado un gigantesco paso de avance en la medicina moderna. Ellas ayudan a confirmar o negar posibles diagnósticos, a revelar la existencia de enfermedades ocultas y causas posibles de ciertos cuadros clínicos a veces incomprensibles, estas como herramientas pueden alcanzar espacios a los que no puede llegar el médico directamente, ellas también asisten al médico en el tratamiento de enfermedades previamente definidas, proveen ayuda pronóstica y tienen un efecto tranquilizador tanto para el paciente como para el médico, ellas se utilizan a diario y nos beneficiamos de su empleo pero solo si se utilizan con medida y sentido común ⁸.

El error está en considerar que la tecnología sustituye y desplaza a la clínica, esta no reemplaza la pericia clínica sino que la extiende y la enriquece, una tecnología nueva puede asumir la posición de otra establecida pero no puede sustituir el razonamiento

médico, ni delegar el diagnóstico o la conducta clínica en el cuidado de la salud del paciente, la actividad profesional del médico nunca deberá reducirse al simple ordenamiento de procedimientos técnicos y su interpretación.

La tecnología no hace anticuada las opiniones de los clínicos, ni el juicio clínico, que ha acompañado a la profesión médica desde su surgimiento, aquellos que han sido colonizados por la tecnología han atrofiado sus habilidades de observación y razonamiento y por esta razón requieren de un uso abusivo de ella, que conduce al maltrato de los enfermos, sometidos a riesgos y a un sufrimiento mayor, a multiplicar los costos y aumentar los errores de la atención médica, todo lo cual reduce su calidad, perjudica al paciente y deteriora también la aplicación del método clínico.

La suprema confianza en la capacidad de la tecnología para resolver los problemas del hombre no es una buena opción en el entendimiento de la complejidad del ser humano que solo puede ser apreciada íntegramente por un ser único, que no es más que el propio hombre formado como médico.

Desinterés por la Medicina Interna y la atención primaria

Cada vez son menos los médicos que se interesan por la medicina interna y la atención primaria. Este fenómeno se produjo en los Estados Unidos hace varias décadas y su extensión ha llevado al desinterés por estas especialidades en muchos países incluso en Cuba. Las plazas para residentes solo se ocupan en el 50% y casi el 30% de los que comienzan la residencia la abandonan en el segundo año y el 60% de los que las concluyen con posterioridad, se desplazan hacia otras especialidades o realizan ciertos diplomados para su super-especialización. Esta situación es especialmente alarmante para los países que necesitan médicos para la atención primaria. Una sobrecarga de trabajo y un papeleo excesivo, el desagrado por ciertos tipos de enfermos, muchos de ellos ancianos o con enfermedades crónicas terminales o incurables que demandan de atención con pobre respuesta a los tratamientos, la discriminación profesional de esta especialidades por los profesionales que radican en los hospitales y un menor tiempo libre con un estilo de vida inferior, son algunas de las principales causa de dicho desinterés.

La medicina interna ha quedado sumergida por años en una sobrecarga de trabajo asistencial y docente en la atención primaria, que se convirtió en factor para el aumento del desinterés por ella entre los actuales y futuros especialistas; también, la presión de trabajo deteriora sobremanera la aplicación del método clínico entre los propios internistas que se ocupan de formar las nuevas generaciones de médicos y por tanto, son los más obligados a usar este método en su forma más depurada. Esto produce una espiral de deterioro de la aplicación y enseñanza correcta del método clínico. La confrontación amarga entre los internistas y los especialistas de otras áreas clínicas

(neumólogos, cardiólogos, reumatólogos, etc.) que demoran los diagnósticos, que envían y reenvían constantemente al enfermo de una a otra consulta de especialidades y que dificultan por tanto el tratamiento de los pacientes, socava la calidad de la atención médica en general.

CONCLUSIONES

El deterioro de la relación médico paciente, la subvaloración del interrogatorio y del examen físico y la sobrevaloración de la tecnología son los aspectos que más afectan o deterioran el uso y correcta aplicación del método clínico en relación en el ejercicio de la práctica médica en el nuevo milenio. Su rescate es una prioridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Rodríguez MA. El método clínico, las "buenas prácticas clínicas" y el profesionalismo médico. *Medisur*. 2010 [citado 24 abr 2011]; 8(5):68-74. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1323>
2. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. *Medisur*. 2010 [citado 24 abr 2011]; Supl 8(5):45-51. Disponible en: <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180020098009>
3. Medrano Ojeda E. Precusores: Sydemham: Precursor del pensamiento médico 2008. [Observaciones no publicadas].
4. Cruz Martínez O, Fragoso Marchante MC, González Morales I, Sierra Martínez D, Perla Labrada González JA. La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico. *Medisur*. 2010. [citado 24 abr 2011]; Supl 8(5):110-20. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1347/362>
5. González Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente *Rev Cubana Sal Pub*. 2004 [citado 24 abr 2012]; 30(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Reilly BM. Physical examination in the care of medical inpatients: an observational study. *Lancet*. 2003; 362:1100-5.
7. Corona Martínez LA. El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente. *Medisur*. 2010 [citado 24 abr 2012]; Supl 8(5):75-8. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1324/227>
8. Corona Martínez LA. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones útiles para el médico en formación. *Medisur*. 2010 [citado 24 abr 2011]; Supl 8(5):98-100. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1348>

Recibido: 29 de mayo de 2012.

Aprobado: 7 de noviembre de 2012.

Dra. Yamila Cisnero Álvarez. Universidad de Ciencias Médicas de Holguín. Holguín. Cuba.

Correo electrónico: yamilac@ucm.hlg.sld.cu