

Viejas y nuevas implicaciones de la relación médico-paciente y del método clínico

Old and new implications of the doctor-patient relationship and the clinical method

Alfredo Darío Espinosa Brito

Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba

Los médicos cubanos hemos conocido y defendido el método clínico en nuestra práctica profesional durante largo tiempo, con mayor énfasis -sobre todo en sus aspectos teóricos y en su divulgación- a partir de la publicación del trabajo clásico de los profesores *Ilizástigui Dupuy y Rodríguez Rivera*^{1,2} cuando fue conceptualizado de manera original por ellos en el país a fines de la década de los años 80 del pasado siglo, y enriquecido luego por los aportes de muchos colegas. Desde entonces su enseñanza ha sido considerada la piedra angular de los planes de estudio de nuestra carrera en las universidades médicas. Debido a lo anterior, diversos aspectos sobre el método han constituido objeto central de múltiples actividades y publicaciones científicas entre nosotros. Al mismo tiempo se han señalado los riesgos de la, cada vez más evidente, crisis del método clínico que, según Moreno tiene como 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.³

A estos factores se añaden nuevos elementos que intervienen en la enseñanza de estudiantes de medicina en las llamadas áreas clínicas -para que aprendan a "ser los médicos" que queremos y necesitamos en el futuro-,⁴ como es el reto de la llegada progresiva de jóvenes a nuestras universidades médicas en oleadas con características propias de una nueva y diferente generación. Son los llamados "nativos digitales", dominadores casi naturales, desde su infancia, de las tecnologías de la información, la informática y las comunicaciones y, por tanto, acostumbrados mucho más al audiovisualismo y a la industria cultural del entretenimiento, que preparados previamente con habilidades comunicacionales para establecer relaciones interpersonales, con pocos hábitos de lectura de libros, revistas y materiales impresos, escritura, con motivaciones y proyectos de vida no siempre bien consolidados y muy distintos de los de sus generaciones previas.

En casi todos estos jóvenes se aprecia un afán apasionado por dominar la técnica más que apropiarse del método y, con facilidad, se les ve desarrollar el culto por los aparatos más que por las ideas científicas y la práctica del humanismo, tan esencial en nuestra profesión.⁴ Un cambio que, aunque se identifica como un nuevo "problema", no siempre provoca nuevas soluciones eficaces.

Por otra parte, los planes de estudio de la carrera en el área clínica se han mantenido bastante estáticos en estos aspectos, aunque se debe reconocer que ningún programa educativo *per se* conduce a formar buenos médicos si descuida la atención personalizada de los estudiantes y, sobre todo, el ejemplo en la atención integral de los enfermos, como su elemento central.⁴ A lo anterior se añade que ha sido necesaria la incorporación "emergente" de multitud de nuevos docentes con formaciones variadas -debido a la masividad de las matrículas y al envejecimiento creciente de los profesores-, a partir de una suposición de que todos los médicos están capacitados para ser profesores de nuevos estudiantes.

Simultáneamente, en los últimos años se ha producido un debate en torno al método clínico como política priorizada en el sector de la salud. Aunque pareciera un debate inducido más por razones prácticas que teóricas, su conceptualización y aplicación ha cobrado actualidad.⁵ Se ha insistido, por las autoridades de salud y del país, en promover el empleo correcto del método clínico en la atención de los pacientes, "de manera que contribuya al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades".⁶ Una frase, como un corolario de esta intención, se ha popularizado entre nosotros en los últimos años, dirigida tanto a profesionales como a usuarios: "Los servicios de salud son gratuitos en Cuba, pero cuestan".

La defensa del método clínico es una cuestión de principios para la atención adecuada de cada persona que requiere de servicios médicos, pero es justo ratificar que las deficiencias en la relación médico-paciente y en un método inadecuado pueden dar lugar al uso irracional y mal planificado de los adelantos tecnológicos, incluyendo las indicaciones de exámenes complementarios innecesarios, que muchas veces se realizan sin haber escuchado/interrogado y examinado adecuadamente a los enfermos, o por "complacencia" u otros criterios, como los derivados de la llamada "medicina defensiva", o por la aplicación acrítica y mecánica de protocolos y guías, entre otras.⁷⁻⁹

Debe enfatizarse que una correcta relación médico-paciente y el uso apropiado del método clínico pueden ser de mucho interés para países como el nuestro, subdesarrollado y con recursos económicos muy limitados, debido a otros efectos favorables en el campo de la economía -y no solo por el sobreuso de la tecnología complementaria-, especialmente cuando existe un sistema nacional de salud como el cubano, con servicios universales, accesibles y gratuitos para toda la población.

No se pueden dejar de resaltar las consecuencias negativas -también económicas- para los enfermos y el sistema de salud, que representan las violaciones de cualquiera de las etapas del método clínico, cuando se incurre en errores diagnósticos y terapéuticos derivados de su inadecuada aplicación en los pacientes. Sin embargo, aquí se quiere insistir en otros aspectos no tan fácilmente perceptibles.

Recientemente, Kaplan, Haas y Warsh, preocupados por los crecientes gastos en salud en Estados Unidos, publicaron un interesante artículo donde exponen el valor añadido de "hablar más" con los enfermos.¹⁰ Refieren que cada vez los médicos en ese país dedican menos tiempo a conversar con sus enfermos, lo que achacan, fundamentalmente, a la organización de los servicios en esa nación, donde los facultativos tienen que ocuparse de disímiles trámites administrativos en un lapso relativamente corto que dura su encuentro con los pacientes. Lo interesante - señalan- radica en cómo esta situación repercute negativamente en los gastos en que se incurre. Plantean que, por ejemplo, si se dedicara tiempo suficiente para explicar y motivar tempranamente a los pacientes con enfermedad renal crónica, en los que ya se vislumbra van requerir posteriormente de hemodiálisis, la necesidad de una cirugía vascular con fístula precoz -que esté ya "madura" para cuando se inicie este tratamiento-, su costo en esta etapa no rebasaría los \$ 200. Pero por el contrario, si este trámite no se ha realizado por falta de tiempo para la comunicación necesaria, las consecuencias radican en que muchos pacientes comenzarán las sesiones de diálisis con un catéter y presentarán altas tasas de infecciones y otras complicaciones que no solo amenazarán su evolución, sino que incrementarán los costos en más de \$20 000 durante los primeros 6 meses de tratamiento.

Otras situaciones pudieran ponerse también de ejemplo. Quizás las más recurrentes son las de los pacientes con enfermedades crónicas y la necesidad de contar con un tiempo suficiente para explicar todo lo concerniente al autocuidado y a la adherencia a la terapéutica indicada en cada caso.¹¹ Cuando no se realizan estas actividades hay un alto riesgo de que los pacientes presenten evoluciones desfavorables, complicaciones frecuentes, ingresos hospitalarios, todas situaciones que incrementan los gastos en los servicios de salud.

Entre nosotros, Moreno, desde hace años alertaba sobre el poco tiempo que se le dedica a la entrevista médica (se debía insistir más en un "escuchatorio" que en un interrogatorio) y las frecuentes interrupciones a los pacientes, en un artículo que deberíamos releer más a menudo, porque nadie es inmune a esta situación.¹²

Caldwell, en la búsqueda de evitar daños prevenibles en los pacientes, identifica como principales consecuencias del mal uso del método clínico: errores diagnósticos, investigaciones excesivas, tratamientos inadecuados, ingresos hospitalarios prolongados, daños prevenibles de todo tipo, incidentes serios evitables, litigios legales, así como "fatiga clínica" y "burnout" en los médicos.¹³ Todos son vistos como efectos negativos que tienen repercusiones económicas indiscutibles.

Otro trabajo multinacional europeo reciente explora un aspecto muy aludido, pero poco investigado: la intervención activa de médicos, enfermeros y farmacéuticos en la educación de los pacientes sobre la necesidad de mantener una adherencia terapéutica correcta.¹⁴ Aquí se combinan varios factores: escasez de tiempo, no priorización cognitiva ni volitiva de esta actividad por parte de los profesionales de la salud y, mal uso de la relación profesional de la salud-paciente¹⁵ y de la que Corona ha llamado reiteradamente la atención como última etapa del método clínico, la terapéutica.¹⁶ Sus principales resultados muestran que solo aproximadamente la mitad de estos profesionales le preguntan a sus pacientes con padecimientos crónicos si ellos olvidan o pierden dosis de los medicamentos básicos indicados en el tratamiento de sus enfermedades.¹¹ En nuestro país no tenemos información sobre esta problemática, al menos que conozca el autor.

Si se pusiera siempre en el centro de la práctica clínica -incluyendo su ineludible enseñanza- la importancia de la realización del acto médico con sus tres componentes de ciencia, arte y ética de manera integrada pudieran salir a la luz una serie de reservas positivas, no solo en relación con los resultados clínicos favorables para los enfermos -el objetivo esencial de la medicina clínica-, sino en otros aspectos también importantes, como la docencia y el costo-eficiencia de los servicios prestados,¹⁷ lo que conllevaría un aporte no despreciable -actual y futuro- en el campo de la formación de nuevos profesionales médicos y en la economía de la salud.

¡Ojalá estas "provocaciones" induzcan a nuevos debates en torno a estos temas!

Conflicto de intereses

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Rev Finlay. 1990;4(4):3-23.
2. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Medisur. 2010[citado 29 dic 2016];8(5):2-7. Suplemento "El Método clínico". Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311>
3. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 2001.
4. Tamayo Muñoz S. La formación de los médicos que necesitamos. Rev Cubana Med. 2015;54(1):1-5.
5. Espinosa Brito A. A propósito del debate actual sobre el método clínico. Medisur. 2010; [citado 29 dic 2016];8(5):98-103. Suplemento "El método clínico". Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1437/464>
6. VI Congreso del Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución: Lineamiento 156.
7. Alonso Chil O. El clínico y el control de la tecnología instrumental en la actuación científica y humana. Ateneo. 1996;4(1-2):87-92.
8. Taché Jalak M. Uso de los exámenes complementarios en la clínica. Ateneo. 2000;1(1):32-7.
9. Corona LA. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones útiles para el médico en formación. Medisur. 2010[citado 29 dic 2016];8(5):94-96. Suplemento "El método clínico". Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1348>

10. Kaplan RS, Haas DA, Warsh J. Adding Value by Talking More. N Engl J Med. 2016; 375(20):1918-20.
11. Espinosa-Brito A. La adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Finlay. 2016[citado 29 dic 2016]; 6(3): [aprox 2 p.]. Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/460>
12. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med. 2000; 39:106-14.
13. Caldwell G. What is the main cause of avoidable harm to patients? BMJ. 2010; 341:c4593.
14. Clyne W, Mshelia C, McLachlan S, Jones P, de Geest S, Ruppar T, et al. A multinational cross-sectional survey of the management of patient medication adherence by European healthcare professionals. BMJ Open. 2016; 6(2):e009610. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009610.
15. González-Menéndez R. Una preocupación que, por fortuna, no es solo mía. Medisur. 2016[citado 29 dic 2016]; 14(5): [aprox 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3407>
16. Corona Martínez LA. Reformulación teórica del método clínico: el método clínico diagnóstico-terapéutico. Medisur. 2010[citado 29 dic 2016]; 8(5): 78-82. Suplemento "El método clínico". Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1329>
17. Launer J. Is there a crisis in clinical consultations? Postgrad Med J. 2017; 93:58. doi:10.1136/postgradmedj-2016-134691.

Recibido: 6 de enero de 2017.
Aprobado: 8 de febrero de 2017.

Alfredo Darío Espinosa Brito. Hospital Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos, Cuba. Correo electrónico: alfredoespinoza@infomed.sld.cu