

## Juicio crítico al trabajo de Incorporación presentado por el Dr. Otto Lima Gómez

Dr. Augusto León C

Individuo de Número

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Honorables Académicos

Dr. Otto Lima Gómez

Señoras, señores

Me resulta gratificante y en muy alto grado, la deferencia del Dr. Otto Lima Gómez, al seleccionarme para emitir el juicio crítico del trabajo "Vigencia de la aproximación clínica al paciente. Análisis de 2 000 historias clínicas", mediante el cual se incorpora para ocupar el Sillón XXXIV de esta Academia, en reemplazo del Dr. Rafael Rísquez-Iribarren, ex-presidente de nuestra Corporación.

Cito tres razones para justificar el calificativo de gratificante por la mencionada escogencia. Primero, porque tal deferencia, de gran significación para mi persona, procede precisamente del autor. Segundo, porque este último reemplaza, con sólidas credenciales, a un hombre excepcional, al cual me unieron vínculos fraternos de largos años. Tercero, porque el tema seleccionado me lleva a la ineludible evocación de Henrique Benaím. Compartí con Otto Lima Gómez y Henrique Benaím, las difíciles vicisitudes que culminaron con la creación de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna en abril de 1956 y del posgrado de Medicina Interna, con la valiosa colaboración del Dr. José Ignacio Baldó, tres años después, en 1959.

La ineludible evocación de Henrique Benaím obedece a las grandes similitudes, aunque desde perspectivas diferentes, de los trabajos presentados por éste y por el Dr. Lima Gómez para lograr la incorporación a nuestra Institución. Benaím hizo su presentación el 22 de abril de 1976. Tituló el trabajo: "Significación de la queja en la relación del médico con el paciente y del paciente con el médico".

En el lapso de 20 años (comprendido entre 1954 y 1974) estudió 25 000 fichas de pacientes por él atendidos, las cuales sirvieron de base a su investigación. Otto Lima Gómez revisó 20 000 historias de su archivo personal y seleccionó 2 000 (10% de 20 000) con fines de revisión retrospectiva de la participación de los diversos componentes de la historia clínica. Ambos trabajos, repito, desde perspectivas diferentes, revelan investigaciones realizadas en épocas distintas, de aspectos extraídos de las historias clínicas, de carácter integral precisamente por ser efectuadas por notables docentes, pioneros entre nosotros de la Medicina Interna, disciplina a la cual Benaím en cierta ocasión propuso, sin éxito, el cambio de designación por el de Medicina de la Integridad.

La revisión realizada por Otto Lima Gómez comprendió el estudio de 2 000 historias clínicas sucesivas. Utilizó un cuestionario especial, analizó el valor de la anamnesis y del examen físico por separado y conjuntamente, lo mismo que la contribución al diagnóstico de los exámenes de laboratorio de rutina y especializados.

Llegó a las siguientes conclusiones:

- La enorme importancia de la anamnesis, de escuchar al paciente, la cual resultó positiva en el 85%.
- La importancia de examen físico integral, el cual resultó positivo en el 62%.
- La combinación de la anamnesis y del examen físico integral, con prescindencia de los exámenes de laboratorio, orientó el diagnóstico en el 54% de los enfermos.
- Lo anterior contrasta con la observación habitual de historias clínicas de diversa procedencia, con anamnesis precaria, examen físico incompleto,

ausencia de relación médico-paciente, inadecuada interpretación de los síntomas y signos, exámenes complementarios excesivos, sin obedecer a una selección racional, que dificultan el diagnóstico e incrementan, innecesariamente, el costo del acto médico

La anamnesis sometida a orientaciones definidas, le permitió comprobar que la angustia y la depresión reactivas ocupan lugar preferente entre los disturbios mentales. Ello es producto de una cuidadosa anamnesis, única forma de establecer una estrecha relación entre síntomas y signos diversos y las condiciones de estrés psicosocial prolongado a las que están sometidos los pacientes.

Es enfático al afirmar que el examen médico debe tener orientaciones precisas: interrogatorio cuidadoso, examen clínico integral, establecimiento de un diagnóstico presuntivo y, finalmente, indicación selectiva de los exámenes de laboratorio, lo cual conducirá al conocimiento del paciente total en los tres planos de su persona: somático, sociológico y psicocultural.

Sobre la base de mi experiencia personal, me permito emitir los siguientes comentarios, relativos a los vicios señalados, coincidiendo plenamente con las conclusiones a las cuales llega el autor.

Creo que todo paciente tiene derecho a recibir una explicación comprensible si se espera coopere con el tratamiento indicado y se desea realmente suministrarle la ayuda requerida para aliviar la carga de sus infundados temores.

El hecho de que el paciente no pregunte no significa que no tiene preguntas. Una sola entrevista no basta. En entrevistas sucesivas se logra un cambio radical de actitud y la relación adquiere el carácter de médico-paciente y de paciente-médico y, si este último dedica tiempo y espera y escucha, podrá obtener una idea clara de lo que el paciente experimenta y desea. Los períodos de silencio, de duda y confusión por parte del enfermo son reveladores para el médico que sabe y quiere interpretarlos. El paciente aprende del médico. El médico debe despojarse de la actitud omnisciente y aceptar que puede y debe aprender del enfermo. Al eliminarse las dificultades que imposibilitan la comunicación, aumenta la posibilidad del diálogo franco y constructivo. No todos los pacientes aceptan la postura paternalista del médico, inclinado a orientar unilateralmente la relación con el enfermo en el sentido que él escoge e impone.

Muchos pacientes desean que los médicos sepamos lo que ellos piensan o experimentan, en mayor grado que les digamos lo que nosotros pensamos de ellos.

La prisa parece ser la característica inherente al ejercicio actual de la medicina. Es la prisa del médico que trabaja para las organizaciones estatales y la justifica por considerar excesivo el número de enfermos a quienes debe atender. En el otro extremo, en el ejercicio privado de la profesión, es la prisa del médico que goza de gran prestigio y —con las excepciones de rigor— no limita su actuación a los enfermos que honestamente puede asistir. A la prisa obedece la no realización del examen físico integral, limitándose el médico a la exploración de carácter segmentario de acuerdo con las quejas emitidas por el paciente. Luce oportuno en esta ocasión citar la certera exhortación del maestro Pastor Oropeza y que debiéramos transmitir a las nuevas generaciones médicas: “la visión integral de un todo se impone: una ventana como perspectiva, lo que trae es confusión”.

Algunas personas no captan o no pueden recordar el contenido de su interacción con el médico. Otro problema reside en su adherencia al consejo médico. Existe una brecha entre la información diagnóstica suministrada por el médico y la captada por el enfermo; entre la terapia prescrita por el clínico y la que el paciente cumple. Puede aducirse como explicación las “limitaciones” del enfermo, pero el lado opuesto de la moneda es revelador: el médico no suministra la información necesaria, subestima la docilidad del enfermo y no capta los problemas fundamentales que preocupan a este último. Aprender a comunicar debiera ser parte formal del programa de educación médica. No todos los profesores de medicina le conceden la importancia debida a este asunto. Creen que es innato el saber comunicarse, que no es materia susceptible de enseñanza, que algunos lo hacen bien y otros, desgraciadamente, lo hacen mal. Los aspectos relativos a cuánto conoce el paciente acerca de su enfermedad, cuánto necesita conocer, cuánto comprende, cuánto influye en la evolución de su proceso la ansiedad derivada de la ignorancia acerca del pronóstico del mismo, no ocupan lugar preferente durante las “discusiones clínicas” entre profesores y alumnos.

Los médicos no seleccionan siempre la indicación de los exámenes paraclínicos. Se hallan muy presuros para aplicar las nuevas técnicas diagnósticas,

pero no muestran el mismo interés por su rigurosa evaluación. Y, no menos inconveniente, son reacios a prescindir en forma simultánea de las pruebas obsoletas.

La utilización inadecuada de las nuevas tecnologías contribuye a la incesante escalada del coste del acto médico. Debemos discernir la utilización que hacemos, no sólo de la nueva tecnología, sino también de los procedimientos tradicionales empleados para el diagnóstico de las afecciones comunes. Existe una relación directa entre el coste del acto médico y las presunciones diagnósticas erróneas derivadas de una anamnesis defectuosa y de un examen clínico incompleto. La adecuada educación médica en el período formativo preliminar, durante la etapa de residencia y ulteriormente mediante los programas de educación médica continuada, contribuirán a que el médico ejerza un juicio clínico selectivo

La historia médica constituye un documento de extraordinaria importancia por numerosas razones:

- a. Es instrumento imprescindible para la adecuada formulación del diagnóstico y de las indicaciones terapéuticas.
- b. Es fuente de información para el análisis estadístico y para la aplicación de los modernos procedimientos de computación.
- c. Es el soporte a partir del cual pueden diseñarse los procedimientos de investigación biomédica.
- d. Contiene material imprescindible para la ejecución de los programas de educación tanto en el pregrado como en el posgrado.
- e. Es fuente de información insustituible para las publicaciones médicas.
- f. Constituye documento probatorio en los casos de investigaciones judiciales concernientes a la responsabilidad profesional.
- g. Es reflejo fiel de la formación científica, técnica y humanística de los profesionales de la salud.

Para el Código de Deontología Médica vigente, redacté el Capítulo relativo a las Historias Médicas (Capítulo Segundo del Título V), contentivo de once artículos (169 a 180). De allí extraje la información que acabo de transcribir relativa a la importancia de las historias clínicas. No debe pasar inadvertida la afirmación final de que la historia clínica es reflejo fiel de la formación humanística del médico.

Es obvio que el análisis de las 2 000 historias clínicas que certifican la “vigencia de la aproxima-

ción clínica al paciente”, corrobora la importancia de tan trascendente instrumento, lastimosamente desestimado a diario en el ejercicio de nuestra profesión, y justifica los comentarios finales de mi exposición.

La Academia Nacional de Medicina, máxima representación de la ciencia médica nacional, ha tenido y tiene miembros que no han limitado su campo de acción al perfeccionamiento científico y tecnológico de las ciencias médicas. Han mostrado preocupaciones humanísticas en el campo de la filosofía, letras, arte, historia y otras ramas del saber. Sin orden de precedencia identifico entre los fallecidos a Francisco Antonio Rísquez, Luis Razetti, Diego Carbonell, Lisandro Alvarado, Oscar Beaujón Graterol, Francisco Eugenio Bustamante, Julio De Armas, Fabián de Jesús Díaz, Rafael Pino Pou, Plácido Daniel Rodríguez Rivero, Joel Valencia Parparcén, Juan de Dios Villegas Ruiz, Ricardo Archila, Pastor Oropeza, José Antonio O’Daly, José Tomás Jiménez Arráiz, Antonio José Anzola Carrillo, José Ignacio Baldó, Leopoldo García Maldonado, Miguel Zúñiga Cisneros, Henríque Benaim, Carlos Gil Yépez, Rafael Rísquez Iribarren.

Muy breves comentarios acerca de estos dos últimos personajes. Carlos Gil Yépez, notable Académico, en su obra “Introducción a la medicina antropológica”, destacó: “la medicina es mucho más que el estudio de la enfermedad; es antropología a nivel individual.”

En ocasión reciente, el 12 de marzo de 1996, al pronunciar palabras durante el sepelio de Rafael Rísquez-Iribarren, en el seno de la Federación Médica Venezolana y en representación de la Academia Nacional de Medicina, expresé lo siguiente: “Admiré y quise a Rafael-Rísquez Iribarren. De su polifacética personalidad, sólo quiero destacar la de médico humanista y a fe mía, por los vientos que corren, se extingue en Venezuela esa estirpe de hombres, sin siquiera leve atisbo de lejanos reemplazos.”

Otto Lima Gómez no ha limitado sus esfuerzos a disciplina tan exigente como es la medicina interna. Ha sido un pertinaz defensor y cultor durante largos años de la orientación antropológica de la medicina, asentada sobre bases científicas y humanísticas. Continúa la senda trazada por los académicos mencionados, para beneficio propio, de la docencia universitaria y de nuestra Institución. Sólo me queda darle la más calurosa bienvenida.