

LA CONTRIBUCION RELATIVA DE LA ANAMNESIS, EL EXAMEN CLINICO Y LOS METODOS COMPLEMENTARIOS AL PROCESO DE ELABORACION DIAGNOSTICA

Dr. CAEIRO, Agustín G.
Dr. CAEIRO, Agustín E.
Dra. GRAÑA, Gabriela.

*(Servicio de Clínica Médica, Hospital Privado
Fundación para el Progreso de la Medicina).*

RESUMEN

En 104 enfermos de primera consulta en un consultorio de Clínica Médica, se registra el diagnóstico presuntivo realizado con la anamnesis, luego el del examen físico y se los compara después con el diagnóstico definitivo alcanzado con los métodos complementarios y con la evolución. En el 78o/o el diagnóstico de la anamnesis coincide con el final; esta coincidencia fue total en el 44,2o/o y parcial en el 34,4o/o de los casos; el examen físico y los métodos complementarios aportaron datos importantes en el 6,7o/o y sólo los métodos complementarios en el 8,6o/o. En el 11,5o/o de los enfermos, la anamnesis no logró llegar al diagnóstico y éste resultó del examen físico en el 6,7o/o y de éste, más los métodos complementarios, en el 4,8o/o. En el 9,6o/o, el diagnóstico fue hecho por los métodos complementarios. De estos resultados se deducen normas relacionadas con la metodología del diagnóstico, con la formación del médico y con la organización socio-económica de la medicina.

El diagnóstico constituye, en la clínica, un objetivo principal. A través del mismo, se encontrarán los medios idóneos para conseguir un pronóstico y tratamiento racionales, con fundamento científico.

Es por todos conocido que el diagnóstico se apoya en tres pilares fundamentales que son la anamnesis, el examen clínico y los métodos complementarios. Ellos son los que dan la información necesaria para la posterior

elaboración del diagnóstico. Esta información nos proporcionará conocimiento sobre el aspecto antropológico, sociológico, anatómico, fisiológico y etiológico del enfermo y su enfermedad.

La anamnesis — coronación del inicio de la fundamental relación humana que es la entrevista médica — han sido, junto con el examen físico, los instrumentos diagnósticos de la vieja medicina. Los que llamamos métodos complementarios, significan el aporte de una información de carácter científico-técnico (físico, químico, bacteriológico, molecular, genético) para completar el conocimiento del hombre enfermo, de las causas de enfermedad y de los mecanismos fisiológicos por ella alterados. Estos métodos han tenido un auge extraordinario en lo que va de este siglo y esto sigue, felizmente, creciendo en proporción, por lo demás, abrumadora. Gracias a ellos, el conocimiento de la enfermedad tiene, hoy, un fundamento científico que racionaliza el pronóstico y el tratamiento.

Se hizo y se hace más hoy, necesario establecer la importancia de cada uno y la relación entre sí de estos métodos, para el estudio racional y eficiente del hombre enfermo y su enfermedad. Esto indujo en 1947 a Robert Platt (1) a analizar el valor de la anamnesis en la elaboración del diagnóstico. Estudió 100 enfermos a los que examinó junto con sus alumnos. Después de la anamnesis, discutió con ellos el diagnóstico posible. Luego pasó al examen físico e hizo lo mismo. En 68, la anamnesis hizo el diagnóstico total; en 6, en esta etapa, el diagnós-

tico fue substancialmente correcto; en 8 el examen físico y los estudios posteriores, agregaron hallazgos importantes; en 12 no se hizo el diagnóstico con la anamnesis y en 5 fue equivocado. Concluye diciendo: 1) que la anamnesis es lo primero en la secuencia diagnóstica. 2) La anamnesis forma parte del conjunto de la entrevista médica, durante la cual se recogen otras informaciones personales, además de las que da el interrogatorio en sí. 3) El diagnóstico que se hace con la anamnesis es solamente provisional y debe ser confirmado antes de seguir adelante.

Bolinger y Ahlers (2) en un estudio de enfermos hospitalizados, muestran la evolución desde la incertidumbre completa, cuando el enfermo se presenta al médico y como ésta va disminuyendo en "bits" a medida que avanza el examen. Asimilan el proceso del diagnóstico al reconocimiento de modelos (pattern recognition) "cuya naturaleza es mal conocida y que consiste en la casi instantánea aplicación de un rótulo a un determinado cuadro de situación". Según esta experiencia, quedó reconocido el cuadro con la anamnesis en el 78o/o, con el examen físico en el 83o/o, con los exámenes de rutina en el 85o/o y con los otros estudios en el 93,5o/o. Según ellos, el médico debe ser primero capaz de reconocer los modelos de enfermedad y después, someter todos los datos al análisis lógico.

M. Blois (3) pone énfasis en la impresión que se recoge en los momentos primeros del examen médico, lo que ocurre en el primer encuentro, "en los primeros cinco minutos" como dice Robert Moser (4). Este es, para el médico el más significativo lapso cognoscitivo. Para esto, debe conocer previamente, varios miles de condiciones médicas y se enfrentará con un inmenso número de presentaciones que pueden no significar enfermedad. Debe saber distinguir lo que es relevante; esto se consigue con conocimiento y sentido común.

M. Michael Waldrop (5) analiza la necesidad del conocimiento, diciendo que éste parece ser menos cuestión de capacidad de razonar que de saber mucho sobre el mundo. El conocimiento es, para él poder. La representación del conocimiento (memoria); el control y el uso del conocimiento y la adquisición del conocimiento (aprendizaje), son tres resultantes interrelacionadas. Los expertos conocen rápidamente las situaciones, menos por un proceso de razonamiento lógico, que por un reconocimiento de iguala-

ción de modelos con los equivalentes almacenados en el enorme acúmulo de la memoria y la experiencia. Esto sería obra del sentido común que es una masiva experiencia sobre el mundo en general.

Los médicos vivimos, ahora azorados en ese maremagno moderno de la lógica del diagnóstico (6). Difícil estructura multidisciplinaria afectada por la ideología y la tecnología; en una casi abusiva tendencia a girar alrededor de la inteligencia artificial con un afán, alternativo o simultáneo, de desentrañar los mecanismos íntimos de la inteligencia humana y de construir la máquina que la reemplace. Y esto tiene especial referencia al diagnóstico y a las decisiones que le siguen.

Nuestra vivencia de todos los días y la lectura de la bibliografía citada, nos incita a repetir después de 40 años de progreso tecnológico, la experiencia de Platt (1). Nos propusimos una experiencia prospectiva que nos sirviera objetivamente para:

- 1) Saber si después de 40 años de asombroso progreso tecnológico médico, los resultados de Platt siguen vigentes.
- 2) Hacer una evaluación de nuestra propia metodología diagnóstica.
- 3) Abrir líneas de investigación tendientes a precisar la metodología diagnóstica que más conviene al enfermo.
- 4) Aportar hechos objetivos que sirvan para planificar la educación del médico y la organización socio-económica de la Medicina.

MATERIAL Y METODO

Se utilizaron las historias clínicas practicadas por médicos clínicos experimentados, de pacientes ambulatorios, no seleccionados, de un consultorio de clínica médica. Sólo fueron excluidos aquellos enfermos que venían referidos con diagnóstico ya definitivo.

En estas historias clínicas formuladas durante un período de ocho meses, se hizo un diagnóstico presuntivo después de practicada la anamnesis, otro después del examen físico; estos, registrados en una ficha, fueron cotejados luego con el diagnóstico final obtenido después de la utilización de todos los métodos complementarios necesarios y del seguimiento del enfermo.

Se estudiaron así 104 historias clínicas. La edad de estos enfermos osciló entre los 17 y los 85 años con un promedio de 55 años. La relación sexo femenino/masculino fue 2/1.

Después de recogida la anamnesis, mediante un interrogatorio completo, se asentaron, en una ficha para cada paciente, los diagnósticos presuntivos en orden de prioridad, considerando diagnóstico principal al colocado en primer término y así sucesivamente; lo mismo se hizo después del examen físico. Por ejemplo:

ANAMNESIS

- 1 Ulcus gástrico
- 2 Braquialgia

EXAMEN FISICO

- 1 Ulcus Gástrico
- 2 Osteocondrosis cervical
- 3 Hipertensión arterial.

El diagnóstico final resultó de la historia clínica completa con todos los exámenes complementarios y la evolución del enfermo. Los enfermos que quedaron sin diagnóstico, fueron excluidos.

RESULTADOS. Cuadro I

Podemos dividir los resultados obtenidos, en tres categorías principales:

GRUPO I: Son aquellos casos donde la anamnesis suministró diagnósticos presuntivos que coincidieron total o parcialmente con los diagnósticos finales: fueron 82, es decir el 78o/o. Deben ser subdivididos en:

a) **Coincidencia total.** Con la sola anamnesis, se logró efectuar un diagnóstico que coincidió totalmente con el diagnóstico final en 46 casos, 44,2o/o.

Ejemplo:

ANAMNESIS

- 1. Litiasis biliar
- 2. Colon irritable

EXAMEN FISICO

- 1. Litiasis biliar
- 2. Colon irritable

DIAGNOSTICO FINAL

- 1. Litiasis biliar
- 2. Colon irritable.

b) **Coincidencia parcial.** Son 36 casos (34,4o/o) que se subdividen en tres subgrupos:

LA IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA ORIENTAR EL DIAGNOSTICO EN UN CONSULTORIO DE CLINICA MEDICA

I.	Coincidencia total o parcial con los diagnósticos finales82 (78,7o/o)	Total	46	99,8o/o
		El examen físico aporta hallazgos importantes.....	20	19,2o/o
		Parcial .36 (34,4o/o)		
		El examen físico y los métodos complementarios aportan hallazgos importantes. . .	7	6,7o/o
		Los métodos complementarios aportan hallazgos importantes	9	8,6o/o
II.	La anamnesis por sí, no logró llegar al diagnóstico ..12 (11,5o/o)	Recién con el examen físico se llegó al diagnóstico	7	6,7o/o
		Recién con el examen físico y los métodos complementarios se llegó al diagnóstico	5	4,8o/o
III.	Ni la anamnesis ni el examen físico llegaron al diagnóstico. Lo hicieron los métodos complementarios.....		10	9,6o/o
IV.	Total.....		104	99,8o/o

1. El examen físico agregó hallazgos importantes que contribuyeron al diagnóstico final obtenido sólo parcialmente por la anamnesis, en 20 casos (19,2o/o). Ejemplo:

ANAMNESIS

1. Osteoporosis
2. Colapso vertebral

EXAMEN FISICO

1. Osteoporosis
2. Colapso vertebral
3. Nódulo tiroideo

DIAGNOSTICO FINAL

1. Osteoporosis
2. Colapso vertebral
3. Nódulo tiroideo frío

2. En 7 casos (6,7o/o) el examen físico y los métodos complementarios fueron necesarios para completar el diagnóstico. Ejemplo:

ANAMNESIS

1. Herpes zoster

EXAMEN FISICO

1. Herpes zoster
2. Artrosis

DIAGNOSTICO FINAL

1. Herpes zoster
2. Artrosis
3. Diabetes.

3. En 9 casos (8,6o/o) sólo los métodos complementarios aportaron a la anamnesis hallazgos de importancia que completaron el diagnóstico. Ejemplo:

ANAMNESIS

1. Temblor senil
2. Cardiopatía isquémica

EXAMEN FISICO

1. Temblor senil
2. Cardiopatía isquémica

DIAGNOSTICO FINAL

1. Temblor senil
2. Cardiopatía isquémica
3. Infarto de miocardio evolucionado.

GRUPO II. La anamnesis no logró llegar al diagnóstico pero el examen físico lo realizó total o parcialmente: son 12 casos (11,5o/o) que se descomponen en dos subgrupos.

a) El examen físico por sí solo realizó un diagnóstico final en 7 casos (6,7o/o).

b) En los 5 restantes (4,8o/o) los métodos complementarios, además del examen físico, llegaron al diagnóstico definitivo.

GRUPO III. Aquí, ni la anamnesis ni el examen físico, pudieron llegar a un diagnóstico y éste sólo fue hecho por los métodos complementarios; esto ocurrió en 10 casos (9,6o/o). Ejemplo:

ANAMNESIS

1. ¿Fiebre reumática?
2. ¿Artritis reumatoidea?

DIAGNOSTICO FINAL

1. Espondilitis anquilosante.

Los diagnósticos finales en estos 10 casos, fueron:

Linfoma	2
Artrosis	2
Espondilitis anquilosante	2
Enfermedad de Alzheimer	1
Túnel carpiano	1
Hernia hiatal. Gastritis	1
Microhematuria benigna	1

Finalmente se analizó cuáles fueron los diagnósticos, agrupados en cada aparato, en los que la anamnesis, el examen físico y los métodos complementarios tuvieron mayor porcentaje de acierto.

Así, los diagnósticos obtenidos con la anamnesis y que coincidieron total o parcialmente con el diagnóstico final, fueron, en orden de frecuencia:

GASTROENTEROLOGICAS (40,2o/o)

- Úlcera duodenal
- Litiasis biliar
- Hernia hiatal
- Esofagitis
- Cáncer gástrico
- Síndrome de malabsorción
- Colecistitis

TRAUMATOLOGICAS y/o

- REUMATOLOGICAS (29,2o/o)
- Osteocondrosis
- Colapso vertebral
- Artrosis
- Osteoporosis

CARDIOVASCULARES (17o/o)

- Cardiopatía isquémica
- Extrasístoles

NEUROLOGICAS (13,4o/o)

- Jaqueca

Vértigo por insuficiencia vértebrobasilar
Temblor senil

INFECCIOSAS (9,6o/o)

Tuberculosis
Faringitis
Sinusitis
Toxoplasmosis

Mientras que, con el examen físico los diagnósticos que concordaron con el final fueron:

TRAUMATOLOGICAS y/o REUMATOLOGICAS (61,5o/o)

Osteocondrosis
Escoliosis
Osteoporosis
Colapso vertebral
Artrosis

CARDIOVASCULARES (43,5o/o)

Hipertensión arterial
Valvulopatías
Aterosclerosis

Los principales aportes de los métodos complementarios fueron, en orden de frecuencia:

ENFERMEDADES METABOLICAS (23,8o/o)

Hiperlipoproteinemias
Hiperuricemia
Diabetes

GASTROENTEROLOGICAS (19o/o)

Poliposis intestinal
Insuficiencia hepática
Gastritis
Litiasis biliar

CARDIOVASCULARES (14,2o/o)

Infarto de miocardio evolucionado
Bloqueos de rama.

NEFROUROLOGICAS (19o/o)

Insuficiencia renal
Ptosis renal
Anomalías de vías urinarias

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Las exponemos ordenadamente, de acuerdo con los temas que nos habíamos propuesto aclarar:

1) Los resultados de Platt, se repiten significativamente en la experiencia de Bolinger y Ahler y en esta de nosotros. Las cifras son casi superponibles. Las pequeñas diferencias

parecen sólo atribuibles a criterios no exactamente iguales en la interpretación de los resultados. Esta igualdad mantenida a través de tantos años, puede ser debida a tres posibilidades: a) Que el gigantesco progreso de los métodos científico-técnicos complementarios de diagnóstico, haya sido apareado con un progreso paralelo de la técnica de la anamnesis. Si comparamos textos para nosotros clásicos, como el de Antonio Navarro (7), con los actuales como el Froelich y Bishop (8) de 1972 y el de Enelow y Swisler (9) de 1986, la diferencia de técnicas se expresa en un progreso de la ciencia semiológica, con importantes beneficios para la semiotecnia y la semiografía. Las ciencias psicológicas —tomado el término en sentido amplio— y también las ciencias epistemológicas, han permitido un avance de la semiotecnia del interrogatorio:

- * Plena conciencia del hecho de que toda entrada en un sistema (como observador o como participante) produce un cambio en el sistema.
- * Amplio análisis de la exactitud de los mecanismos de búsqueda de la información, especialmente cuando se pone de manifiesto la diferencia fundamental entre el interrogatorio orientado (que implica aplicación máxima de autoridad y guía) y el interrogatorio que cuida al detalle la técnica para suscitar el relato espontáneo (silencio; facilitación; confrontación).
- * Explicación analítica —y la técnica apropiada para detectarla— de la realidad de la comunicación no-verbal, no sólo en el caso de la identificación del signo-patología física o funcional (inspección), sino en la actitud, que nos señala contenidos anímicos que configuran el dato aportado verbalmente, o que "no contesta o nos dice" de hechos biográficos o nos sugiere comportamientos (es la observación de A. Genis).

Las ciencias lógicas —tomado también este término en el sentido amplio, impreciso— han tratado de poner orden en la semiografía, o han ampliado el campo de la semiografía:

Este ha sido el logro del estudio y del registro semiológico-nosológico por problemas, de Weed (10).

b) Que los métodos técnico-científicos complementarios, además de o más que, aumentar la información diagnóstica, sirven para aumentar el conocimiento actual, gracias al método científico, ha aumentado

do en proporción directa con el progreso de éste, su conocimiento de la patología y de sus síntomas y ello le permite estar mejor capacitado para el rápido reconocimiento de modelos (5). c) Que el proceso del diagnóstico es predominantemente intuitivo, fruto, más de un contacto interpersonal, que de un conocimiento científico racionalmente aplicado.

Creemos que a) y b) son las razones de más peso para explicar estos resultados y que el aporte de c), es mucho menos significativo. Pero reconocemos que este estudio nuestro, no permite sacar conclusiones definitivas. Esta es sólo una estimulante hipótesis de trabajo para otras investigaciones.

2) La coincidencia de nuestros resultados con los de un investigador clásico como Platt (1) y con los de la escuela contemporánea representada por Berlinger y Ahlers (2), Blois (3), Moser (4) y Waldrop (5), nos satisface, al ver que nuestro método diagnóstico es racional y está de acuerdo con las exigencias de la medicina actual.

3) Además de lo que sugerimos en 1), consideramos que estos resultados nuestros no deben ser extrapolados a otras actividades diagnósticas. Incitados por este problema fundamental, creemos que cada especialidad debe hacer una evaluación similar de su metodología diagnóstica.

4) De todo lo referido en la bibliografía y de los resultados de esta experiencia, se deduce la necesidad de plantear como fundamental en el proceso de la formación del médico: a) hacer completo, actualizado a permanencia, el conocimiento de la patología, sobre todo de la fisiopatología. Que el estudiante se familiarice, desde el inicio, con el método científico y, con él, aprenda a saber y, sobre todo, a dudar. b) Aprender en forma dirigida y práctica, la metodología del diagnóstico y especialmente los secretos del manejo humano y científico-técnico del enfermo, para recoger de él la información necesaria a fin de recabar el diagnóstico y después poner a su servicio un buen pronóstico y tratamiento. Robert Platt hizo su trabajo con sus estudiantes (1) e insiste después (11) en estas ideas. En pedagogía médica, éstas son perogrulladas, pero sigue siendo, desgraciadamente, necesario insistir en ellas. Todo lo ganado en los últimos cuarenta años, obliga a una revisión profunda de los métodos de enseñanza de la Semiología. Esta debería ser una tarea inmediata de

las Universidades, apoyada luego por o coordinada con, los programas de entrenamiento de post-grado que realizan los hospitales.

Esto repercute en el acto médico de todos los días; el médico o no sabe o ahorra su tiempo, pero no hace anamnesis completa: para el diagnóstico, se pone énfasis en los métodos complementarios. Además, el enfermo adquirió ya el hábito de confiarse más en ellos y hasta es reticente o no cree en la anamnesis; antes, el acto médico era una confesión; hoy, el enfermo parece querer sólo una consulta técnica: cuesta incitarlo al diálogo. Creemos que esta experiencia aquí relatada aporta razones para probar que la anamnesis sigue siendo el eje alrededor del cual gira el proceso de un buen diagnóstico. Nuevas experiencias pueden ratificarlas o probar lo contrario, pero deben ser hechas con método científico. Gatens Robinson (12) define la racionalidad del método diagnóstico como una de las manifestaciones de la sabiduría práctica, de la phronesis de Aristóteles, con un profundo sentido ético. La lógica del diagnóstico, no es rigurosamente inductiva ni deductiva, sino dialógica y narrativa. Es la misma la posición de Pellegrino y Tomasma (6).

Los diagnósticos de la anamnesis deben ser objetivados con el concurso de los métodos complementarios. Pero éstos tienen que ser usados racionalmente, después de una anamnesis y un examen físico completos: nunca en forma rutinaria. El diagnóstico final será la resultante de una elección hecha después de procesar **toda** la información; todos y cada uno de los elementos, pueden tener un valor destacado, si fueron recogidos con método adecuado.

Todos los vicios y errores en la selección del diagnóstico, inciden en los costos de la Medicina y son capaces de ejercer, a través de ella, una influencia aniquiladora. Además de los defectos de su formación, el médico no hace exámenes completos porque no se le paga para que los pueda hacer: se paga mucho mejor al médico —en proporción 4/1— para que practique métodos complementarios, que para que haga exámenes clínicos. Además, los métodos complementarios están sometidos a influencias extrañas de esa indispensable pero estructura que es la industria para médica. Sería más eficaz enseñar al médico para que haga una buena anamnesis y pueda —sólo con ella— orientar el 78o/o de sus diagnósticos y más eficiente pagarle para que —pudiendo hacerlo bien— disminuya a lo estrictamente nece-

sario el uso de los costosos métodos complementarios de diagnóstico. G. Sandler (13) después de estudiar 630 enfermos de consultorio externo, con un esquema similar al nuestro, termina afirmando que el ahorro de la racionalización de los métodos complementarios de diagnóstico, podría calcularse, para el servicio social inglés, en 3,5 millones de libras.

BIBLIOGRAFIA

1. **Platt, R.:** Two essays on the practice of Medicine. The Lancet 1947. 2. 305.
2. **Bolinger, R. y Ahlers, P.:** The science of pattern recognition. J.A.M.A. 233. 1.289. 1975.
3. **Blois, M.:** Clinical judgement and computers. New England Journal of Medicine 303. 192. 1980.
4. **Moser, R.:** The first five minutes. J.A.M.A. 231. 1.169.1975.
5. **Engelhart, H.T.; Spicker, S.F. y Towers, B.:** Clinical judgement. Reidel London 1977.
Schaffner, K.S.: Logic of discovery and diagnosis in Medicine. 1985. University of California press.
Wolff, H.R.; Penderson, S.A. y Roseberg, R.: Philosophy of Medicine. Blackwell. London. 1982.
Pellegrino, E.D. y Tomasma, D.C.A.: Philosophical basis of Medicine Practice. Oxford University Press. 1981.
6. **Navarro, A.:** Tratado de Semiología y clínica propedeútica. Losada. 1943.
7. **Froelich, R.E. y Bishop, F.M.:** Medical interviewing. A programmed manual 2nd Ed. Mosby 1972.
8. **Enelow, A.J. y Swischer, S.N.:** Interviewing and patient care. 3 Ed. Oxford University Press. 1986.
9. **Weed, L.:** Mecial record. Medical Education and patient care. Year Book 1969.
10. **Platt Lord:** Private and controversial. Cassell. London. 1972.
11. **Gattens Robins, E.:** Clinical judgement and the rationality of the human sciences. Journal of Medicine and Philosophy. 11. 169. 1986.
12. **Sandler, G.:** Costs of unnecessary tests. Brit. Med. Jour. 1979. 2. 21.