

Trabajo de revisión

Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín. Holguín.

El método clínico y la tecnología en la calidad en la atención médica.

Clinical Method and Technology . Quality of Medical Care.

Noel Alexander Almaguer Orges¹, Gisela Ramírez Ramírez², Nerza E. Peña Pupo³.

- 1 Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor Cirugía General. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín
- 2 Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar Medicina Interna. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín.
- 3 Especialista de Segundo Grado en Cirugía General. Profesora Auxiliar Cirugía General. Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín.

RESUMEN

El método clínico ha constituido y constituye una metodología de trabajo para el médico en la atención de sus pacientes. Como método científico lo conforman varias etapas en un orden lógico y de obligado cumplimiento. El modernismo tecnológico en las ciencias médicas es inevitable, pues este avanza a la par del resto de las ciencias, pero no debe implicar el abandono del método clínico pues estaríamos violando los principios éticos y médicos, que desde la época de Hipócrates han estado vigentes. La formación de profesionales de la salud en nuestro país con las concepciones de la medicina familiar, como modelo cubano de atención médica, exige la enseñanza del método clínico traspasado a una concepción humanística y ética en aras de preservar y restaurar la salud del ser humano y lograr una elevada calidad de atención en salud. La vigencia y necesidad del uso este método, como instrumento fundamental para llegar a un diagnóstico adecuado del paciente y elevar calidad en la atención médica es el objetivo del presente trabajo.

Palabras clave: método clínico, tecnología, calidad de la atención médica.

ABSTRACT

The clinical method is a scientific one used by the specialists to diagnose different diseases . It has several stages that should be followed in a logical order. The technological development in medical sciences is unavoidable, but clinical method should be used by the health professionals because of the ethical and medical principles that characterize this kind of specialists . The formation of health professionals in our country demands the teaching of this method regarding medical care for a better patients` quality of life.

Key words: clinical method, technology, quality of medical care.

INTRODUCCION

Como ha dicho Flórez Tascón, la medicina moderna se ha ido convirtiendo en ciencia exactamente igual que la artesanía se convirtió en Ingeniería durante y después de la revolución industrial.

La ciencia se forma históricamente como un proceso especial del conocimiento para dar respuesta a necesidades del desarrollo social, descubrir los nexos internos o leyes de los procesos y fenómenos requiere de grupos especialmente capacitados para investigar, así como, de medios e instrumentos especiales de investigación de la realidad; se concreta en un objeto de estudio particular, una parcela de la realidad; dispone de un método de estudio y de un sistema conceptual categorial que expresa los criterios lógico-gnoseológicos que permiten establecer la veracidad de los resultados. Frente al conocimiento común origina el conocimiento científico. ⁽¹⁾

El método científico es un método general, constituido por varias etapas necesarias en el desarrollo de toda investigación científica. Es la forma de abordar y estudiar los fenómenos de la naturaleza, la realidad y el pensamiento para descubrir su esencia y sus interrelaciones. El método clínico es la aplicación particular del método científico en medicina ^{(2) (3)}.

Últimamente, en mi práctica como profesor y mientras examinaba a unos alumnos que debían realizar un examen práctico (confección de una historia clínica y la discusión del caso), pude observar nítidamente dónde estaban las dificultades que le impedían llegar a la realización del ejercicio de forma satisfactoria, para lo cual supuestamente se habían preparado y que resumía la labor de todo un período: esta dificultad estaba dada por la no aplicación del método clínico.

Observamos también que ha disminuido la calidad en la recogida de los datos clínicos, aumentando el síndrome de hipo-competencia clínica (pérdida de habilidades clínicas para recoger los datos primarios (síntomas y signos, deterioro de la entrevista, las observaciones, el juicio clínico y la acción psicoterapéutica); que los errores de diagnóstico dependen en su gran mayoría de exámenes incompletos, precipitados o insuficientemente repetidos, por otro lado tenemos un incremento de las pruebas tecnológicas (complementarios), con el consiguiente incremento de los falsos negativos y positivos (síndrome de la neblina informativa, no “ver” lo que hay, “ver” lo que no hay).

Todo esto generando atenciones médicas inadecuadas, insatisfacciones de nuestros pacientes y familiares, y elevación de los costos de salud.

Por eso nos preguntamos ¿"Asistimos a una crisis del método clínico, que tiene consecuencias preocupantes en el ejercicio de la medicina? ¿Toda la información de las historias clínicas debe ser tomada como sospechosa, mucha de ella es ficción" como dijera J.F. Burnum? ¿Tiene esto que ver con el avance tecnológico, lleva al error médico y a la pérdida de la calidad de la atención médica?

La vigencia y necesidad del método clínico, como instrumento fundamental para llegar a un diagnóstico adecuado del paciente y lograr una elevada calidad en la atención médica es el objetivo del presente trabajo.

DESARROLLO

La enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos enfermos, en los cuales se describieron similitudes en el orden semiológico, evolutivo y de pronósticos que permitieron identificar una enfermedad que era la misma para cada paciente ⁽⁴⁾.

Sin embargo, la expresión clínica de una enfermedad no se repite con exactitud en cada paciente, a pesar que los seres humanos no difieren en su constitución orgánica. De esta contradicción dialéctica surge el viejo aforismo: " no existen enfermedades sino enfermos".

El método clínico es un sistema de pensamiento aplicado al individuo enfermo, con la finalidad de establecer un diagnóstico e instituir un tratamiento y sigue similares pasos metodológicos que el método científico, aunque con particularidades propias.

El método clínico comprende varias etapas, eventos o fases que encierran un orden lógico de abordaje al paciente que deben ser aplicados con seguridad, calidad, profesionalidad y un profundo espíritu humanístico, ellos son:

- 1- Etapa de identificación y precisión del problema, trastorno o pérdida de la salud que motiva la atención del paciente: se desarrolla a través de la entrevista médico – paciente, modelo singular de comunicación humana (la relación médico – paciente).
- 2- La etapa de búsqueda de la información completa (evidencias): interrogatorio y examen físico, es decir, la historia clínica.
- 3- La etapa de formulación de hipótesis del trabajo: diagnóstico presuntivo, la etapa de contraste de la hipótesis, evolución y exámenes complementarios.

Por último, la etapa de confirmación o no del diagnóstico presuntivo, lo más completo posible, para hacer el pronóstico, conducta terapéutica adecuada ⁽⁵⁾.

El desplazamiento del interés del médico, de la cabecera del enfermo al laboratorio, ha originado la creencia de que todas las respuestas dependen de la tecnología avanzada. Ello ha conducido a la pérdida de las habilidades propiamente clínicas y al sobre-uso de los exámenes diagnósticos o complementarios, con la adopción de un eje diagnóstico basado en la alta tecnología y un eje terapéutico sobre la base de procedimientos y medicamentos complejos y costosos. Aunque esta conducta se intenta justificar invocando que proporciona una mayor calidad de la atención médica, se sabe que no siempre calidad es igual a la alta tecnología, la que por cierto no está exenta de efectos paradójicos, como la iatrogenia, el error médico y el encarecimiento de los servicios de salud.

El Dr. Miguel A. Moreno Rodríguez – en su artículo - orienta la crisis del método clínico, hacia cuatro aspectos fundamentales:

- a. Deterioro de la relación médico-paciente
- b. Menosprecio de la clínica
- c. Sobrevaloración de la tecnología
- d. Desinterés por el generalismo

Nosotros somos del criterio que todos son en extremo importantes, pero visto desde otro ángulo consideramos que el primero es el enlace determinante con los restantes. En relación con mi especialidad, Cirugía General y en particular la Cirugía de Mínimo Acceso, podemos decir que en nuestro Hospital Clínico Quirúrgico Lucía Iñiguez Landín " comenzó la Cirugía de Mínimo Acceso el 27 de noviembre de

1998, tecnología que permitió a los cirujanos tratar enfermedades como la litiasis vesicular en un número mayor de pacientes diarios que por la cirugía convencional e irse adiestrando para desarrollar en el momento actual técnicas de avanzadas similares a las realizadas en los países desarrollados.

Nuestro hospital realiza por esta tecnología 3 mil casos anuales, con las ventajas que implica tanto para el paciente como para la institución, entre las que están la disminución de las molestias post operatoria, del uso de medicamento, de la estadía hospitalaria, de la morbimortalidad, los excelentes resultados estéticos y reincorporación temprana a la vida social. Pero, por otro lado, esta tendencia progresiva ha tenido algunas consecuencias no deseables, como por ejemplo esta tecnología no da idea acerca de la personalidad del enfermo, de la complejidad de su mundo socio-psíquico y moral, además las relaciones del medico con el enfermo pueden ser sometidas a determinados mecanismos y con ello su despersonalización, pues como es sabido, el tratamiento médico presupone conocer no solo la enfermedad si no también al enfermo en su integridad.

Si bien la cirugía de mínimo acceso tiene bien demostrada sus ventajas, se le atribuyen necesidades que vienen aparejadas al desarrollo tecnológico:

- La naturaleza invasora de todo tratamiento quirúrgico requiere más comunicación.
- El cirujano se aleja del paciente, (no existe relación táctil en el transoperatorio, se opera mirando su monitor por lo que se necesita conocimiento amplio de la anatomía).
- Disminuye el tiempo y la profundidad de la relación médico paciente, el cirujano debe desarrollar competencias para lograr una adecuada RMP.

A pesar de sus ventajas, este desarrollo ha generado serios conflictos éticos y morales en la atención médica, como ejemplo:

- Deshumanización en el trato médico.
- Abandono del método clínico
- Enfoque no integral de la atención médica

Los efectos iatrogénicos por el uso y abuso de la tecnología, comprenden: errores diagnósticos por no tener en cuenta la sintomatología del enfermo y el no conocer las indicaciones y limitaciones de las técnicas empleadas y no uso del método clínico.

La etiología del error médico es multifactorial y compleja, integrándose factores directos o indirectos a la participación del médico. La mayoría de los factores directos surgen cuando el médico no tiene la capacitación idónea, es inexperto, introduce nuevas técnicas, actúa con exceso de confianza, delega la responsabilidad en otro personal que desconoce al paciente o carece de experiencia, no realiza el seguimiento requerido, cuando subestima la información proporcionada por el paciente sin confirmarla o descartarla con la metodología clínica, o no usa a plenitud entre otros elementos el método clínico.

Otros factores directos pueden ser fatiga, falta de comunicación o trabajo en conjunto del equipo quirúrgico. Por su parte, los factores indirectos están relacionados con la influencia del entorno, sobre demanda, falta de recursos de toda índole: físicos, humanos, insumos, errores administrativos, etc. ⁽⁶⁾ ⁽⁷⁾; por eso su relevancia estriba en la identificación del error médico para tener la posibilidad de prevenirlo, con el consecuente beneficio del paciente y del médico. Es importante señalar que de lo anterior destaca la ausente, o deficiente, comunicación como percepción de error en más del 80% de los casos, de ahí que lograr una buena comunicación constituye un elemento fundamental en la relación médico paciente para lograr un adecuado desempeño del método clínico.

Debemos recordar que los avances de la tecnología nos ayudan marcadamente al diagnóstico clínico, pero es un error señalado por muchos profesionales que la misma puede sustituir o hacer obsoleta a la clínica, el abuso de la tecnología no mejora la calidad de la atención médica, sino, que la perjudica y ha deteriorado la educación de los médicos en la aplicación del método clínico, determinando una disminución del énfasis en el entrenamiento de los estudiantes de medicina para hacer una historia clínica con calidad.

El expediente clínico, para que esté a la altura de la ciencia clínica, debe exponer en forma explícita y cumplir con rigor las diversas etapas del método clínico antes señaladas:

- La información recogida debe ser real, esencial, necesaria y tener en cuenta la ciencia semiológica.
- Los problemas de salud individual deben ser bien identificados.
- Las hipótesis diagnósticas deben estar bien fundamentadas, así como las interrelaciones entre ellas. La causa, la lesión anatómica, la alteración fisiopatológica o patobioquímica, no deben ser descuidadas. El análisis debe incluir

los problemas psicológicos, sociales y sus interrelaciones con los problemas clínicos.

- Deben establecerse los planes de búsqueda de más información tecnológica para contrastar con la hipótesis planteada para su verificación final.
- Los exámenes deben ser justificados y valorados en relación con los diagnósticos clínicos establecidos.
- La conducta terapéutica debe ser justificada y valorada constantemente.
- El paciente debe ser informado, cuando sea posible, de su proceso y de las decisiones del médico para obtener su conformidad.
- La evolución debe presentarse exponiendo el pensamiento científico del médico y no ser una exposición de datos innecesarios y anecdóticos.
- El egreso debe ser un resumen de cada problema y las orientaciones brindadas por el médico para el futuro cercano o lejano.
- El médico, si desea que la clínica sea ciencia clínica, deberá acostumbrarse a trabajar con su método clínico en forma explícita y no oculta. Ellos deben ser registrados por cuanto pueden ser olvidados, tergiversados, en detrimento de la salud del paciente y la propia medicina.

El curso que tomó la medicina desde hace más de dos décadas caracterizado por un descomunal desarrollo tecnológico, ha propiciado de cierta manera la inclinación hacia las investigaciones sobre los pacientes con recursos de alto nivel y costos, dejando a un lado la interrelación sumamente humana que reúne a estos dos participantes: enfermo y médico.

Hemos creído que "más vale indicar una tomografía de urgencia que dedicar quince minutos más al interrogatorio", o "iniciar un tratamiento con cefalosporinas de tercera generación por vía endovenosa que insistir en el aspecto epidemiológico de la historia natural de la enfermedad de nuestro paciente.

Ahora bien, si aceptamos que la relación médico - paciente sea el eje fundamental en el resto de las acciones médicas, debe dedicarse especial atención a la entrevista. En su artículo Moreno señala: "Osler decía que el médico tiene dos oídos y una boca para escuchar el doble de lo que habla". Por todo ello, la base sobre la que se sustentan las demás acciones en la atención a un paciente consciente, es la madura y seria relación enfermo - médico. Si esto se logra no menospreciaremos la clínica ni sobrevaloraremos la tecnología pues seremos capaces de poner las dosis necesarias a cada aspecto ⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾.

Nuestro sistema de salud, de sobradas generosidades con los pacientes, necesita que los profesionales ajustemos cada vez más el uso de cuanto recurso dispongamos. Para ello es vital la organización de la atención al paciente que se inicia con la más disciplinada relación ⁽¹⁰⁾.

En lo adelante si escuchamos y no sólo oímos, pondremos en la clínica (sea de adultos, pediátrica, quirúrgica o ginecológica) el máximo de interés para obtener los datos necesarios que justifiquen el diagnóstico más certero y el empleo de recursos que sólo nosotros estamos preparados para decidir su uso. No debe disgustarnos que un paciente sugiera: ¿Médico por qué no me indica una RMN?, pues ellos conocen que existe un examen que tiene esas siglas y además lo consideran determinante para muchas situaciones. Sin embargo somos nosotros los que decidimos si requieren o no RMN.

Por todo lo anterior y conociendo que Cuba tiene miles de médicos en atención primaria, sobre los que descansa la mayor cobertura de su atención, no debemos dejar de insistir cada vez más en que el método clínico de trabajo diario debe mantenerse en un constante refuerzo.

El aprendizaje de los primeros años y las primeras asignaturas deben estar siempre a primera mano para el quehacer diario en la organización básica y determinante de las acciones futuras con nuestros pacientes. El método clínico no debe ocupar otro lugar que no sea el primero en nuestro ejercicio profesional a favor del bienestar integral de nuestros enfermos que siempre prefieren el contacto con su médico que con sus tomógrafos.

Se hace necesario en nuestros días, en la enseñanza superior, que la relación profesor-alumno sea interactiva, donde se "aprenda a aprender". El proceso docente-educativo, sujeto también al desarrollo de la ciencia, exige una actualización a tono con los nuevos tiempos.

A todas luces, procede promover una utilización racional y crítica de la tecnología en congruencia y no como sustituto de la clínica, como medio y no como un fin, perfeccionar las habilidades clínicas de comunicación, exploración y comprensión multidimensional del paciente, garantizar tanto la calidad científico-técnica como la calidad humana de la atención (recordando que la una refuerza a la otra), neutralizar el desenfreno tecnológico con un refinamiento clínico y una reafirmación de los valores éticos y humanos de la profesión ^{(11) (12)}.

La medicina clínica no se aprende en las aulas, laboratorios, bibliotecas y computadoras, que desempeñan una importante función complementaria o de apoyo al núcleo de su aprendizaje, que ha sido, es y será la implicación o participación de los educandos en el proceso de atención de salud a las personas en su contexto natural y social que es lo que deben buscar los nuevos modelos pedagógicos. Este enfoque resulta más abarcador que el de la enseñanza a la cabecera del enfermo, al dar espacios a escenarios distintos del hospital y a objetivos más amplios que la curación. Se requiere en nuestra enseñanza, profundizar en la aplicación del método científico a la identificación y solución de los problemas de salud y sus determinantes, así como en la conformación de una metodología didáctica que permita su asimilación, a través de un creciente protagonismo estudiantil. El educando tiene que construir sus propios marcos referenciales inmersos en una práctica clínica transformadora que le permita apropiarse del modo de actuación profesional. La enseñanza acorde con estos propósitos tiene que propiciar ese aprendizaje activo, mediante formas particulares centradas en la educación en el trabajo, sin desechar las formas tradicionales, que la complementan, donde el profesor juega un papel fundamental en la enseñanza del método clínico.

Debemos enseñar a nuestros educandos a aplicar todos los adelantos de la ciencia y la técnica en aras de preservar y restaurar la salud del ser humano, considerado éste como persona no objetivable, con necesidades emocionales y afectivas; a utilizar la tecnología racionalmente sobre el principio de que es sierva de la clínica y no a la inversa; a utilizar el método científico traspasado a una concepción humanística y ética.

CONCLUSIONES

El método clínico no debe ocupar otro lugar que no sea el primero en nuestro ejercicio profesional a favor del bienestar integral de nuestros enfermos.

Utilizar racionalmente la tecnología sobre el principio de es sierva de la clínica y no a la inversa.

La enseñanza tiene que propiciar un aprendizaje activo, mediante formas particulares centradas en la educación en el trabajo, sin desechar las formas tradicionales, que la complementan, donde el profesor juega un papel fundamental en la enseñanza del método clínico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Dr. José J. Arteaga Herrera, Dr. José A. Fernández Sacazas. Manual de la enseñanza de la Clínica. Capítulo V. El Método Clínico y el Método Científico. Pág. 200.
2. Roberto Hernández Hernández. Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev. Cub. Med. Gen. Int. Vol. 18. No. 2. Ciudad de La Habana. Marzo-Abril. 2002.
3. Bujardón Mendoza A, Mayoral Olazábal M. Reflexiones teórico metodológicas a cerca de los métodos clínicos y epidemiológicos. En: Filosofía y Salud. Camagüey: Checsa; 1999. p. 199-204
4. Dr. Febe A. García de Paz. El método clínico: Necesidad y vigencia. Fac. Ciencias Médicas. Holguín. 2000, 4 (1).
5. Dra. Caridad Guzmán Ribelo, Dr Jorge Ortiz Roque, Dra. Marilín Álvarez González. Rescate del método clínico: Impacto e importancia para el laboratorio clínico.. Rev. De Ciencias Medicas La Habana.2002, 9 (1).
6. Dra. Lilia Cote Estrada, Dr. Paul O. García Torres. Error medico en cirugía. FELAC. Boletín Informativo. Volumen 8. No. 2. htm. 2006.
7. British Medical Journal. BMJ bans "accidentes". Editorial. BMJ 2001; 322:1320-21.
8. Dr. Ramón García Hernández. El método clínico. Comentario sobre un artículo. Rev. Ciencias Médicas La Habana. 2001, 7 (2).
9. Lizástigui Dupuy F. El método clínico muerte y resurrección. Revista Cubana de Educación Médica Superior 2000; 14(2):109-22.
10. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. Rev. Cubana Med 2000; 39 (2) 106-14
11. Salas Perea RS. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2000; 14 (2): 136-47.
12. Selma-Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica; 2002

Correspondencia: Dr. Noel Alexander Almaguer Orges. Calle 17 # 5 % Ave. Los Álamos y 18. Rpto Lenin. Holguín. Teléfono: 421509 correo electrónico: noelalma@hcqho.sld.cu