

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
“CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### EL MÉTODO CLÍNICO: UNA NECESIDAD EN LA DOCENCIA MÉDICA PARA UNA PRÁCTICA DE EXCELENCIA

Dr. Fernando Aparicio Martínez

Especialista de II Grado en Medicina Interna. Cátedra De Propedéutica y Medicina Interna. Hospital “Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Profesor Auxiliar. ISCM-VC

*Descriptor DeCS:*

DIAGNOSTICO CLINICO  
REGISTROS MEDICOS

*Subject headings:*

DIAGNOSIS, CLINICAL  
MEDICAL RECORDS

En el año 2003 se presentó al Concurso Premio Anual de la Salud, el trabajo “El método clínico: Una necesidad en la docencia médica para una práctica de excelencia”, el cual recibió mención en la categoría de Educación Médica. En el mismo, se hace un análisis y se exponen ideas sobre las deficiencias que se presentan en la aplicación del método clínico<sup>1</sup>, tomando en cuenta fundamentalmente la calidad de la historia clínica<sup>2</sup> en el nivel secundario de atención.

A pesar de la reconocida importancia de la historia clínica en cualquier centro de salud, esta ha sufrido las consecuencias de ese fenómeno universal, que es la crisis del método clínico, debido a la incorrecta utilización del desarrollo científico-técnico<sup>3</sup> y los avances en los métodos diagnósticos. Lamentablemente, muchos han dejado a un lado el legado de Hipócrates y se inclinan por ser médicos “galénicos”, más alejados del enfermo y próximos a las tecnologías modernas, según lo describe Rodríguez Rivera.

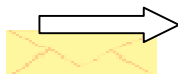
Consideramos que esta crisis repercute negativamente en la atención médica y ha sido nuestro propósito hacer un análisis de los aspectos deficientes de las historias clínicas, señalando orientaciones y recomendaciones generales para elevar la calidad de este documento, así como en relación con la evaluación y tratamiento del paciente, enfatizando en la importancia del pase de visita. En el trabajo se exponen algunos ejemplos de casos evaluados en el Comité para la Evaluación de la Mortalidad Hospitalaria y el Comité para la Evaluación del Proceso Asistencial, para ofrecer una evidencia sólida del resultado de aplicar o no el método clínico. Para solucionar el problema, se plantea como elemento fundamental el papel del docente en inculcar los principios éticos y didácticos de nuestra enseñanza, e influir en el alumno guiándolo en la manera de pensar y actuar, en plena concordancia con el método clínico. A continuación, ofrecemos en forma resumida los diferentes aspectos analizados en el trabajo y las orientaciones o sugerencias que se brindan al docente para ser tomadas en cuenta en la actividad docente-asistencial:

- Se analiza y se brindan orientaciones generales sobre la evaluación y atención al enfermo en el servicio de urgencia, así como recomendaciones sobre las anotaciones que deben ser consideradas en la orden de ingreso y en las diferentes partes de la historia clínica.
- Se insiste en la importancia de la anamnesis, la evaluación de los síntomas y el cronopatograma para estructurar la historia natural de la enfermedad, lo que se puede lograr si se establece una adecuada relación médico-paciente.
- Se señala que con frecuencia no se consideran los antecedentes del paciente, como los hábitos tóxicos, sobre todo el tabaquismo, que debe encabezar la historia por su relación

directa con afecciones frecuentes<sup>4,5</sup> bronquitis crónica, cáncer y cardiopatía isquémica, entre otras.

- El alumno debe conocer la importancia de sospechar el diagnóstico<sup>6</sup> en los períodos iniciales de la enfermedad. Por ejemplo, no se debe esperar a que el fumador que comienza a presentar persistencia de tos, llegue a tener síntomas sistémicos y dolor torácico para pensar en la posibilidad de cáncer de pulmón.
- Se advierte sobre lo lamentable que resulta observar en algunos expedientes que la historia de la enfermedad actual es copia fiel de la orden de ingreso, similar a la discusión diagnóstica y a la primera evolución. De manera que si en el servicio de urgencia se omitieron observaciones de interés, a veces influenciado por la premura y dinámica de trabajo a ese nivel, estos errores no son resueltos en la sala, donde corresponde insistir nuevamente en el interrogatorio y examen del enfermo.
- No se profundiza en ocasiones en el interrogatorio por sistemas, única forma de realizar una evaluación exhaustiva de todos los síntomas del enfermo, relacionados o no con la enfermedad por la cual es atendido.
- Con frecuencia no se toman en cuenta los aspectos psicosociales.
- Se encuentran historias con letras ilegibles o problemas de ortografía y redacción del documento.
- Tal y como ocurre en la anamnesis, en el examen físico de algunas historias se describe el aparato que se sospecha esté afectado y no se sigue de forma sistemática la exploración de los que se “consideran” no afectados.
- En ocasiones se olvida el examen de algunas regiones<sup>7</sup>, como fosas supraclaviculares, nuca, tiroides, mamas, axilas y región inguinal, y se obvian hallazgos que pueden ser reveladores de la enfermedad. Asimismo, se omiten procedimientos tan importantes, como el tacto rectal y vaginal.
- No se dispone en las salas o no se utilizan sistemáticamente equipos sencillos, como: linterna pequeña, depresor lingual, cinta métrica, oftalmoscopio, martillo de reflejos y diapason, entre otros.
- En el proceso del diagnóstico puede faltar la integración y el razonamiento lógico del que habló Claude Bernanrd, y es esencial el conocimiento: “las cartas de navegación, según Osler”.
- En la discusión diagnóstica a veces no se selecciona el síndrome central, o este no está bien fundamentado. Consideramos que en el paciente en quien no se identifica inicialmente un diagnóstico –digamos, en una fiebre de origen desconocido–, se debe realizar un análisis exhaustivo en el diagnóstico diferencial y sopesar las hipótesis diagnósticas más probables.
- La discusión diagnóstica debe estar sujeta a una permanente actualización durante toda la estadía del enfermo y añadir las complicaciones que puedan aparecer, como neumonía, tromboembolismo pulmonar, escaras, entre otras. Esto permitirá obtener una información rápida de un expediente clínico cuando, por ejemplo, el caso es valorado por primera vez por un médico de guardia.
- Las investigaciones que se indiquen serán las necesarias, en un orden lógico y en su momento adecuado. Los exámenes que se ordenen se acompañarán de suficientes datos clínicos, no solo en los estudios por imágenes y las biopsias. Se deben valorar los riesgos y beneficios y correlacionar siempre los resultados con la clínica.
- El profesor debe orientar al alumno las características que debe tener una evolución médica de calidad<sup>6</sup>. Es muy frecuente observar evoluciones esquemáticas que no reflejan el estado real del enfermo ni cuentan con comentarios en los que se deje constancia del pensamiento médico. En casos graves, debe hacerse la evolución con la periodicidad requerida.
- Se insiste en el papel del profesor en el pase de visita, para lograr disciplina, influir en el alumno para crear hábitos de educación formal, atender las particularidades y expectativas de cada enfermo y familiar, enfatizar en los aspectos epidemiológicos y preventivos de las enfermedades, mostrar cómo se establece la relación médico-paciente y brindar el conocimiento en forma razonada, practicando la enseñanza problémica e interactiva.
- Es fundamental que el personal médico actúe en plena coordinación con enfermería y exista la debida integración en el pase de visita docente-asistencial.

- El docente debe destacar que la correcta evaluación del enfermo y la aplicación del método clínico determinan que la conducta a seguir sea la adecuada. Debe enseñar las normas de la especialidad<sup>8</sup> en el tratamiento, y alertar para que se evite la “polifarmacia”.
- La hoja de egreso que se entrega al paciente debe ser explícita en cuanto a detallar resultados de las investigaciones practicadas, opiniones de los interconsultantes, recomendaciones higieno-dietéticas, tratamiento, y cualquier observación que sea necesaria para un adecuado seguimiento en la comunidad.
- Con estas reflexiones, ejemplos y recomendaciones, he tenido el propósito de establecer una estrategia en el trabajo docente-asistencial, que pueda tener impacto y contribuir a revitalizar el método clínico, la regla de oro para alcanzar una atención médica de excelencia.



Para ver texto completo clic aquí

### ***Referencias bibliográficas***

1. Rodríguez Rivera L. La clínica y su método: reflexiones sobre dos épocas. Madrid: Díaz de Santos; 1999. p. 7-10.
2. Aparicio Martínez F, Castillo García I, Cairo Sáez G, Aparicio Suárez JL. La historia clínica. Vigencia y deficiencias. Medicentro Electrónica [serie en Internet]. 1998 [citado 23 Oct 2006];2(N. esp): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%201998especial/historiaclinica.html>
3. Selman-Housein Abdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención medica. La Habana: Científico-Técnica; 2002.
4. Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Longo DL, Kasper DL, Jameson JL. Síntomas y signos importantes. En: Harrison principios de medicina interna. 15<sup>ta</sup>. ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2002. p. 3-40.
5. Rozman C. Principios de la práctica medica. En: Compendio de medicina interna. 2<sup>da</sup> ed. Madrid: Harcourt; 2002. p. 1-10.
6. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico: principios seculares y problemas actuales. La Habana: Científico-Técnica; 2001.
7. Llanio Navarro R, Perdomo González G. Prefacio. En: Propedéutica clínica y semiología médica vol.1. 4<sup>ta</sup> ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 19-29.
8. Roca Goderich R, Smith Smith VV, Paz Presilla E, Losada Gómez J, Serret Rodríguez N, Llamas Sierra N, et al. La bioética. Un modelo para la atención medica integral. En: Temas de medicina interna vol.1. 4<sup>ta</sup> ed. La Habana: Ciencias Médicas; 2002. p. 25-38.