

El método clínico en Anestesiología, reflexiones

The clinical method in Anesthesiology, reflections

Dra. Sarah Estrella López Lazo¹

I Especialista de II Grado en Anestesiología y Reanimación. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Máster en Urgencias Médicas en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar y consultante. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

Es una preocupación del mundo moderno lo que todos llaman "crisis del método clínico"; Cuba no está exenta de esto, un fenómeno que se sitúa en un lugar de alta prioridad como se refleja en el lineamiento 156, de la Política económica y social del PCC: "Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud de la población, de manera que contribuyan al uso racional de los medios tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades".¹

La palabra método viene del griego métodos que quiere decir "vía hacia" e "ir en busca"; significa seguir un camino, pero no errático, con un plan preestablecido y con reglas

determinadas y aptas para conducir a un fin propuesto.²

El método clínico o "proceso del diagnóstico", son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos, y consisten en la formulación del problema por el paciente, búsqueda de la información por el médico, a través del interrogatorio y el examen físico, planteamiento de las hipótesis diagnósticas, contrastación de las mismas por medio de los exámenes complementarios y comprobación final del diagnóstico. Y en ese proceso del diagnóstico, el interrogatorio constituye la herramienta más importante.³

En la llamada inferencia tradicional inductiva deductiva y solo apoyada en los síntomas y signos obtenidos por el interrogatorio y el examen físico, se ejercita el médico para realizar el diagnóstico a partir del cuadro clínico del paciente a través del procesamiento mental del clínico sin el apoyo de los exámenes complementarios. Después de este razonamiento intermedio de identificación de las posibles hipótesis diagnósticas, el diagnóstico diferencial, es que el médico adecua el estudio exploratorio por los analíticos.⁴

Es escaso el tiempo que en ocasiones tiene el anestesiólogo para tomar una idea del paciente, variadas son las preguntas que se le realizan indagando pasada relación con el

tema, que puedan ayudar a deducir problemas a prever; el examen físico que se centra más en los aparatos cardiovasculares, respiratorios y nerviosos pueden ubicar en aquellos sistemas en los que la anestesia ejerce su mayor efecto.

La mayoría de las insatisfacciones de los pacientes se producen por no haber logrado una relación médico paciente adecuada, no están alejados los anestesiólogos de este error, ya que dentro del escaso tiempo previo a la operación; se debe extraer todo los elementos necesarios en la evaluación adecuada del paciente, al que por obligación ética; se debe tratar sin violar sus principios. Se debe comenzar desde el trato de usted, que muestre una educación formal adecuada que infunde respeto por parte del médico, madurez y seriedad. La preparación propiamente clínica, no solo es un elemento básico del médico, también es para la población un indicador de primer orden para juzgar la excelencia de cualquier sistema sanitario.⁵

La relación médico paciente en Anestesiología no debe perderse, como señaló el profesor Dr. Ariel Soler en el pasado IX Congreso Cubano de Anestesiología y Reanimación, Habana 2011, pues es la única que establece una relación íntima con el enfermo.

El interrogatorio debe conducir a la búsqueda de aquellos predictores que son vitales en la evaluación del enfermo. La evaluación de la vía

aérea es tal vez el examen que más justiprecian los anestesiólogos, por cuanto las principales consecuencias derivadas de su inadecuado manejo van desde los traumatismos de las vías respiratorias, el daño cerebral o miocárdico, hasta la muerte, y aunque variadas son las pruebas predictivas; es un problema no del todo resuelto. Aunque el examen físico tiene determinado orden, no se puede evitar; que luego de tener una imagen inicial del paciente en cuanto a su edad, peso, hábito, marcha, habla, etc., se deben explorar algunos signo que nos atrapa la atención; si bien no se puede obviar la realización del resto del examen, lo cual está regido por el arte y la experiencia del médico al no dejar de explorar todo lo necesario. Las probabilidades reales de que un facultativo identifique los signos presentes en el paciente dependen en gran medida de la exposición previa a experiencias en las cuales dichos signos han estado presentes.⁶

Los errores más frecuentes que se cometen son los siguientes:

- Omitir partes importantes del examen incluidas talla y peso, tensión arterial, exploración de la vía aérea con todos los signos que nos puedan orientar la probabilidad de la presencia de una vía aérea difícil.
- Posición inadecuada del enfermo para realizar la técnica exploratoria.

- Examinar por encima de las ropas.
- Deficiente ejecución de muchas maniobras.
- Práctica de la exploración en momento y lugar inoportuno.
- Anotar como normales aspectos que no se exploran, lo cual resulta un fraude, la honestidad del médico en todas sus acciones conducen a la confianza del enfermo.⁷

Está claro que de esa forma se maltrata la clínica, bien por ignorancia o porque se requiere de algún tiempo, para sentarse con el enfermo, oírlo, relacionarse amablemente con él, luego examinarlo y después escribir, y no hay ni el deseo, el hábito, el tiempo o peor aún el convencimiento íntimo de que sea realmente necesario.

La presentación y discusión de casos clínicos es una herramienta útil en el entrenamiento en anestesia. Permite motivar en torno a una situación clínica concreta, que se asemeja a las que va a tener que enfrentar en la práctica. La presentación de casos involucra procesos de síntesis de información, análisis y toma de decisiones, constituyendo un generador de hipótesis a partir de las cuales se pueden generar preguntas clínicas y diseñar proyectos de investigación.⁸

El traslado de la información obtenida, a lo que se convertirá en el documento legal que se va a utilizar en el resto de las acciones sobre el

paciente por el propio médico actuante y en la mayoría de las ocasiones por otro; debe ser en extremo cuidadosa, ya que este documento será archivado y debe contener información precisa. En ocasiones se omite aspectos del pensamiento médico y se limita a llenar espacios con información formal de escaso valor, obviando lo esencial y necesario lo que puede estar en relación con la inapropiada estructura del documento que en la actualidad se utiliza, que si bien es una guía útil; no ofrece posibilidad de incluir otros aspectos de interés.

Otra deficiencia percibida en muchos casos es la ilegibilidad de la escritura, con frecuencia indescifrable, uso de jerga, abreviaturas desconocidas y excesivas, terminología impropia, lenguaje atáxico y pobre gramática. A estos problemas se agregan los errores ortográficos de exigencia olvidada durante años.

Finalmente, el método clínico en Anestesiología no se encuentra en "crisis", pero debe ser mejorado en función de llenar todas las expectativas que se requieren para brindar un servicio de excelencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica. Un aspecto del método clínico. Rev Cubana Med [Internet]. 2000 [citado 5 octubre 2011];39(2): [aprox. 10 p.]. Disponible

- en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347523200000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super [Internet]. 2000 [citado 15 octubre 2011]; 14(2):109-27 Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/ems01200.htm
 3. Corrales Gutiérrez A. A propósito del método clínico [Carta al Editor]. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 ene.-mar. [citado 5 octubre 2011]; 37(1): [aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
 4. Corona Martínez LA, Hernández Fonseca M. El método clínico y los dilemas de la clínica Medisur [serie en Internet]. 2011[citado 15 octubre 2011] ; 9(5): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1588/760>
 5. Serrano Rivero O, Durante Montiel I. El profesionalismo en la medicina actual. Rev Fac Med UNAM [Internet]. 2010 [citado 3 noviembre 2011];53(1) Disponible en: http://www.medicinaysalud.unam.mx/seam2k1/2008/oct_01_ponencia.html
 6. Enrique CGL. Uso de los casos clínicos como estrategia didáctica en la enseñanza de anestesia. Rev Col Anest [Internet]. 2004 [citado 15 octubre 2011];32: [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.google.com.cu/url?q=http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ForazarDescargaArchivo.jsp%3FcvRev%3D1951%26cvArt%3D195118230007%26nombre%3DUso%2520de%2520los%2520casos%2520cl%25EDnicos%2520como%2520estrategia%2520did%25E1ctica%2520en%2520la%2520ense%25F1anza%2520de%2520anestesia&sa=U&ei=e3XBTrg75vTSAZfkhNQE&ved=0CA8QFjAB&usg=AFQjCNHrNMe4vDfittMXvyX5sngRXat6NQ>
- Recibido: 15 de noviembre de 2011
Aprobado: 24 de febrero de 2012