

CARTA AL EDITOR**A propósito del método clínico****With regard to the clinical method**

En los últimos 30 años ha habido más progreso en el campo de la medicina que durante los miles de años anteriores. Los avances recientes en la Obstetricia y la Ginecología son producto de los descubrimientos de grandes científicos, trabajados incluso en campos aparentemente alejados y relacionados solo parcialmente con la especialidad. Los inicios del ultrasonido, por ejemplo, estuvieron relacionados con localizar submarinos, hoy en día es crucial en los estudios de los órganos pélvicos y de la práctica obstétrica en general. Desde hace más de 20 años ningún ginecólogo que trabaje donde exista un adecuado desarrollo puede realizar su labor sin contar con instrumentos y la habilidad de colegas especializados en anestesia, diagnósticos por imagen, anatomía patológica, laboratorios, etcétera.

Pareciera entonces que las habilidades desarrolladas por los grandes clásicos de la clínica obstétrica y de otras especialidades que eran capaces de realizar brillantes diagnósticos solo con la observación y la palpación, auscultando con el oído junto a la piel no tendrían sentido en el momento actual. Es común ahora que cuando se le pregunta a un estudiante de cualquier nivel el diagnóstico de un fibroma uterino por ejemplo, lejos de decir que se hace por el interrogatorio, el examen físico y posteriormente por complementarios nos dice: por ultrasonido, y todos sabemos que en el mundo se han operado y tratado millones de miomas solo por la historia clínica y un tacto vaginal.

Desde inicios de la década de los 80 del pasado siglo la educación médica cubana ha estado empeñada en formar médicos integrales, pero esa formación no puede descuidar los aspectos clínicos y tiene que ser lo suficientemente amplia y profunda, con el objetivo de que el médico pueda enfrentar los retos de la medicina individual, porque 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. La mayoría de las quejas que continuamente se producen sobre nuestro sistema de salud están referidas a este aspecto crucial y a otros que tienen que ver estrechamente con el método clínico y la relación médico paciente que solo se logra con la entrevista médica y las habilidades clínicas que sea capaz de mostrar el médico de cualquier disciplina.

Hoy estamos asistiendo al derroche en el uso de medios diagnósticos que no tienen para su indicación una base científica, que surge unas veces por "lo nuevo", la mayoría de las veces por desconocimiento y poca habilidad para orientar una conducta, también por orientaciones administrativas relacionadas con la preocupación por determinados índices o tasas, que lejos de mejorar resultados, crean confusión y hacen que la embarazada se convierta en un objeto y no en lo que debe ser, un sujeto que merece una explicación detallada de cada proceder, capaz de tener su autonomía. Se han puesto de moda, sin justificación en su gran mayoría:

- Los cálculos del peso fetal sobre todo para diagnosticar macrosomías sin justificación clínica cuando está probado que no es útil utilizado como despistaje.

- Las medidas del cuello uterino a embarazadas sin riesgo de prematuridad que las lleva a ingresos en hospitales y hogares maternos y que al final el embarazo se les prolonga más allá de las 40 sem.
- Indicación de proteinurias seriadas buscando diagnóstico precoz de preeclampsia cuando esta es la última en aparecer en su triada diagnóstica.
- Indicación de cultivos cérvicovaginales para tratar infecciones a ese nivel cuando clínicamente se obtienen mejores resultados en el manejo de este síndrome.
- Cardiotocografías a embarazadas de evolución normal, adecuado volumen de líquido amniótico y refiriendo movimientos fetales.
- El uso indiscriminado de ultrasonidos por cualquier causa que llevan a algunas embarazadas sin riesgo a llegar al término con más de 20 estudios de este tipo.

Todo esto eleva los costos, no resuelve nada y lo que considero primordial, le crea una incertidumbre a la paciente y un estrés agravado, como dijimos antes, por la falta de explicaciones acerca de qué buscamos y qué esperamos encontrar.

Se ha esperado mucho de las nuevas técnicas de apoyo a la enseñanza que ayudan sobre todo con el proceso docente en la actual masividad presente en la Universidades Médicas, pero los métodos básicos de enseñanza no pueden ser desechados.

El método clínico

- El paciente formula el problema.
- El estudiante realiza el interrogatorio y el examen físico.
- Con esta información y los resultados de los primeros complementarios formula una o varias hipótesis diagnósticas.
- La comprobación sobreviene por la evolución, la respuesta al tratamiento y/o el resultado de nuevos complementarios.

Interrogatorio

- Un buen interrogatorio es capaz de alcanzar un 60 % de diagnósticos por sí solo, y es imprescindible para orientar este.
- Acelera el proceso diagnóstico.
- Evita exámenes innecesarios.

Ejemplo:

Embarazadas con amenorrea imprecisa:

Coito único

Antecedentes de anticonceptivos orales.

Retirada de un dispositivo intrauterino (DIU).

Ultrasonido (US) precoz.

Con estos elementos se puede descartar un error de cálculo que es motivo de muchos ingresos innecesarios

-Un buen interrogatorio junto a un buen examen físico llega a más de un 80 % de diagnósticos. En la práctica obstétrica ellos dos son capaces de permitir importantes conductas.

Ejemplos:

Trabajo de parto (100 %).

Preeclampsia grave (100 %).

Infección urinaria (90 %).

Complementarios

- Por razones éticas y de costos se deben indicar solo los exámenes imprescindibles, evitar sobre todo aquellos que conllevan maniobras invasivas o comportan riesgos (amniocentesis, estudios radiológicos). Una buena exploración obstétrica evita estos últimos, incluso la pelvimetría en trabajo de parto es innecesaria cuando se hace bien la búsqueda de la amplitud pélvica por tacto vaginal.

- La unión de los tres aspectos (interrogatorio, examen físico y complementarios) nos conducirá al diagnóstico en un 95 % de los casos. El resto será por otras investigaciones, por la respuesta al tratamiento o retroactivo (hipertensión gestacional).

Permítasenos reproducir este fragmento tomado de un documento elaborado por el Grupo Nacional de Medicina Interna:

"Una historia clínica correcta nunca podrá ser hecha por un ordenador; un examen físico no puede ser sustituido por ninguna máquina; la inteligencia humana nunca será igualada por la inteligencia artificial; ningún sistema computarizado es capaz ni remotamente de realizar un acercamiento a la capacidad racionalizadora de un médico preparado, y finalmente, un enfermo imaginario en el *display* de una computadora se parece a uno real como un cadáver a un vivo".

Debemos añadir que "en toda discusión de casos donde no esté presente el paciente para que pueda ser visto, interrogado y examinado por cualquiera de los participantes que así lo desee, pierde su carácter clínico y se convierte en un trampolín para discutir enfermedades y no enfermos, lo cual comporta varios riesgos, el más importante de los cuales es erosionar directamente el aprendizaje del método clínico".

Dr. C Alexis Corrales Gutiérrez
Profesor Titular