

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
“DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ”  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

## COMUNICACIÓN

### EL MÉTODO CLÍNICO Y EL NUEVO MODELO PEDAGÓGICO

Por:

Dr. Carlos Jorge Hidalgo Mesa<sup>1</sup>, Dra. Ivonne Cepero Rodríguez<sup>2</sup> y Dr. Hilario Orelvis González Toledo<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Asistente. ISCM-VC. Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Asistente. Instituto Superior de Ciencias Médicas “Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz”. Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Instructor. ISCM-VC. Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero”. Santa Clara, Villa Clara.

**Descriptores DeCS:**

DIAGNOSTICO CLINICO  
DESARROLLO TECNOLÓGICO  
ANAMNESIS

**Subject headings:**

DIAGNOSIS, CLINICAL  
TECHNOLOGICAL DEVELOPMENT  
MEDICAL HISTORY TAKING

En los inicios del siglo XXI asistimos a uno de los fenómenos más apremiantes de la medicina: el rescate del método clínico, como vía para acceder mejor al paciente mediante un intercambio mutuo, donde el médico llegue a conocer cada detalle o suceso de aquel que confió a su persona el mayor de los tesoros: la salud<sup>1</sup>.

Esta debe ser una prioridad obligada para los docentes que formamos las nuevas generaciones de profesionales de la salud.

Se prioriza en nuestro modelo el capital humano, su formación humanista y preparación, se combinan aspectos teóricos y prácticos, de forma tal que sean aprovechados los conocimientos adquiridos en función del enfermo y su curación, al tener presente que nuestro objetivo primordial no es llegar a un diagnóstico final, cueste lo que cueste, sino restaurar la salud del paciente sin producir acciones iatrogénicas; y como para tratar hay que diagnosticar; el método clínico eficiente en sus etapas, la experiencia acumulada y un empleo razonable de los estudios complementarios, se convierten en la mejor fórmula para satisfacer este objetivo.

Desde que Richard Bright comenzó a realizar sistemáticamente la búsqueda de albúmina calentando la orina de pacientes con hidropesía a mediados del siglo XIX, comenzaron a producirse una serie de descubrimientos que son la base de los medios diagnósticos de hoy. Se incluyen entre ellos la introducción por Erlich, en 1877, de los colorantes de anilina para teñir células sanguíneas, los rayos X, descubiertos por Röntgen en 1895 y que se pusieron en uso rápidamente; en un año, Walter Cannon, de Harvard, los estaba utilizando en animales y en 1907 la fluoroscopia y la radiografía de tórax eran procedimientos comunes, y ya se usaban los contrastes en los estudios digestivos y urinarios.

A partir de 1903 se desarrolla la electrocardiografía clínica, cuando Einthoven perfeccionó el galvanómetro de cuerda, que Waller había utilizado por primera vez en 1887. En 1843, Avery construyó en Inglaterra un aparato con el cual pudo ver la uretra, vejiga, cuerdas vocales y

esófago; la gastroscopia comenzó con Mikulicz en 1881. Entre 1915 y 1928 se introdujeron los primeros exámenes químicos de la sangre, desarrollados por Folin, Wu, Haden, Van Slyke y otros<sup>2</sup>. Sin embargo, a partir de la segunda mitad del siglo XX las ciencias médicas han asistido al mayor esplendor de los avances tecnológicos que de forma meteórica han llenado importantes espacios. El médico comenzó a disponer de una técnica cada vez más compleja, detallada, precisa y eficiente, que no solo prolonga la sensibilidad de sus órganos sensoriales, y le permite ver allí donde no veían sus ojos y percibir lo que no podían sus manos; también con frecuencia, le daba la oportunidad de saltar por encima de las incertidumbres o llegar más allá del límite de sensibilidad de la clínica pura, y esto creó en muchos la idea, o la ilusión, de que el diagnóstico lo obtendría mediante la técnica. La consecuencia obligada fue cuestionar la necesidad de los interrogatorios demasiado acuciosos, de la palpación y auscultación meticulosa y del conjunto de la percusión. Está claro entonces que se maltrata la clínica, bien por ignorancia o porque requiere de algún tiempo sentarse con el enfermo, oírlo, relacionarse amablemente con él, luego examinarlo y después escribir. Más fácil es determinar los dos o tres síntomas principales, sin esforzarse mucho en la semiografía, y después dejar todo a la tecnología. Los que así actúan razonan, por ejemplo, que casi nunca se sabrá categóricamente por la anamnesis, si un dolor en el pecho es de origen cardíaco, respiratorio o psicógeno. Lo que corresponde entonces es hacer un electrocardiograma y una placa, y si en ambos no se observan alteraciones, “entonces el dolor es supratentorial”<sup>3</sup>. Aunque para muchos resulte contradictorio, varios autores atribuyen a la explosión tecnológica la llamada “crisis del método clínico”, y es que los avances técnicos deberían ser para el médico una forma de tener una contrastación de su hipótesis con elementos más certeros, por lo que sería más prudente enfocar el fenómeno desde dos ángulos: el primero, relacionado con la mercantilización de estos avances tecnológicos, que han encarecido en escala ascendente la atención médica en todos los países del mundo y los sitúan cada vez más distantes de aquellos que no tienen los recursos económicos para adquirirlos. El segundo punto de vista a considerar es la evolución que ha tenido la mentalidad de muchos médicos que esperan de los “equipos” el milagro del diagnóstico que no han sabido hilvanar con una secuencia intelectual lógicamente estructurada, a partir de un exhaustivo interrogatorio y de un eficiente examen físico que conduzca a una hipótesis diagnóstica razonable, que pueda ser comprobada con el uso racional de los complementarios. Es importante que nuestros estudiantes de medicina establezcan en su formación principios éticos y profesionales muy vinculados a la clínica y a su método, que logren penetrar la individualidad de cada paciente siguiendo un proceso y sin hacer uso indiscriminado de cuanto avance tecnológico tenga a su alcance. Es por ello que el método clínico nos concierne de una manera tan especial. Que otros lo maltraten, es incorrecto; que lo haga un internista o un especialista de atención primaria, es negar su propia esencia<sup>4</sup>. Y no se trata, como decía el Doctor Hernández Carreño en el prólogo del libro del Profesor Selman, de incitar a la rebelión contra la tecnología de avanzada, sino a su errónea ubicación en el método clínico. No es ético indicar estudios solo por el interés científico, investigativo o económico, como sucede a veces en los países capitalistas, sin un beneficio para el paciente. Hay necesidad en estos tiempos de elaborar programas educativos donde se consideren las nuevas tecnologías como herramientas útiles del método clínico, precisar sus indicaciones, riesgos y costos, y que en modo alguno sustituyan la labor del profesional de la salud. Para el médico joven, formado en el nuevo modelo pedagógico, resulta vital el aprendizaje de todo cuanto ha trascendido por varias generaciones, desde Hipócrates hasta nuestros días, y que se encierran en tres palabras: relación médico - paciente, lo más humano de nuestra profesión. Hay otro aspecto en el que debemos insistir en la formación del estudiante de medicina: el conocimiento del medio ambiente, lo social, lo cultural y su relación con la salud de los individuos. Valorar el contexto en que el hombre se desarrolla para poder actuar sobre él, en beneficio de la salud humana. La evolución social y cultural del hombre ha progresado hasta nuestros días, de forma tal, que sus beneficios no fueron igualmente asequibles para todos a través de la historia. Ello ha impuesto un particular sello de injusticia y desigualdad al desarrollo del hombre, que se encuentra favorecido o limitado según la clase social a la que pertenece. El patrón salud-enfermedad difiere notablemente cuando se considera en su conjunto al mundo desarrollado y al subdesarrollado<sup>5</sup>.

Es importante, al evaluar de forma integral a cada persona, realizar acciones de salud que contrarresten fenómenos arraigados en la población, para lo cual el médico debe estar dotado de las herramientas necesarias para prevenir enfermedades y promover estilos de vida sanos.

En otros tiempos, el objetivo de la educación para la salud parecía bastante simple: consistía en superar la ignorancia y asumir que cuando el individuo conoce los riesgos que corre, cambia su estilo de vida.

Desafortunadamente esta suposición era errónea. No es suficiente el conocimiento aislado para modificar la conducta; muchos aprendieron los riesgos de fumar o beber, pero continuaron practicando dichos hábitos; estaban mejor informados, pero corrían los mismos riesgos. Por tanto, el objetivo de la educación para la salud no es simplemente presentar hechos que rellenen un vacío, sino hacerlo de forma tal que el individuo tienda a modificar sus creencias<sup>6</sup>.

Todos estos elementos conforman los conocimientos que deben tener nuestros educandos para que su formación sea integral, como lo exige el nuevo modelo pedagógico, y que se alcance en ellos la excelencia.

### ***Referencias bibliográficas***

1. Selman- Housein Abdo E. El método clínico. En: Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Científico Técnica; 2002. p. 28-32.
2. Moreno Rodríguez MA. La contrastación: la tecnología y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Científico Técnica; 2001. p. 141-67.
3. Moreno Rodríguez MA. Del valor de la clínica pura. En: El método clínico. La Habana: Imprenta de las FAR; 1999. p. 54-7.
4. Moreno Rodríguez MA. El internista y el método clínico. En: El método clínico. La Habana: Imprenta de las FAR; 1999. p. 12-4.
5. Resik Habib P. La significación de lo social en la interpretación causal del proceso salud-enfermedad. En: La causalidad en epidemiología. La Habana: Científico Técnica; 2003. p. 67-82.
6. Muir Gray JA, Fowler G. Educación para la salud. En: Fundamentos de medicina preventiva. Madrid: Díaz de Santos; 1990. p. 29-40.