

"Reflexiones acerca de la actitud clínica"

DR. HUMBERTO IBARRA VARGAS, F.A.C.P.

Profesor titular de Medicina, Universidad Austral de Chile

La primera vez, como estudiante de Medicina, que tomé contacto con la palabra clínica, fue en el curso de Anatomía. Aprendí que las apófisis clinoides, en la base del cerebro se llamaban así, porque conformaban un espacio semejante a un lecho, a una cama, en donde reposa la hipófisis. Años más tarde, cuando entré al hospital, a un servicio clínico, tuve la primera experiencia de contacto con un paciente, en mi rol de estudiante, al lado de su cama. Lo que más me impresionó fue la persona, sin tener por supuesto una idea muy clara acerca de su enfermedad, de sus diagnósticos.

Pienso que me sentí más cerca del enfermo, que de su enfermedad. Posteriormente, fui entendiendo mejor que esta actitud, correspondía a la idea, que las enfermedades existen conceptualmente, pero que lo concreto son los enfermos.

En cierto sentido, la existencia del modelo teórico de la enfermedad permite definirla, describirla, caracterizar su evolución, pronóstico o terapia, pero prescindiendo de alguna manera del enfermo en particular.

El médico clínico, utiliza esta conceptualización para que sea aplicada, para efectuar comparaciones, deducciones o proyecciones, tomando en cuenta la situación única del paciente.

La actitud clínica de cierto modo está polarizada más bien, en la complejidad del enfermo, que en el concepto o abstracción que se haga de la enfermedad.

El pensamiento clínico, es un proceso intelectual en que por un lado se le otorga valor a la información científica, y por otro, se consideran variables que no tienen registro de exactitud, puesto que son del enfermo, de su ámbito personal-humano, familiar o del entorno en general, lo que hace que la práctica de la medicina sea no sólo un

proceso tecnológico, de recopilación y proceso de datos, sino debe ser considerado un arte, con algunas características que le son propias.

Algunos Componentes del Arte de la Medicina.

El humanismo, entendido como un pensamiento o acción en el cual los intereses del hombre, sus valores y dignidad son considerados como de la primera importancia.

Las cualidades humanas de compasión y comprensión son acompañantes esenciales del aprendizaje de la ciencia y la tecnología. El respeto a la dignidad humana, peligra cuando imperceptiblemente nos vamos acostumbrando a la desintegración del todo humano, y nos referimos más bien a sus partes.

El componente humanista de este arte médico, necesita ser revitalizado precisamente para la Medicina del futuro. Esta debe constituir una necesidad que complementa y suplementa el avance biotecnológico. Cuanto de los valores y la dignidad del hombre, están en peligro al intentar justificar la clonación de un ser humano.

Responsabilidad y Compromiso significa tomar parte del todo de la medicina: lo bueno, lo malo, lo seguro y lo peligroso, lo placentero y desagradable.

Así acuden a nuestra mente deberes éticos respecto al medio hostil en donde trabajamos, o las personas enfermas rechazadas socialmente. Tal vez más específicamente debemos asumir nuestra responsabilidad no escrita, al estar disponibles cuando nos necesitan, o preocuparnos de mantener el cuidado de un paciente cuando nos ausentamos.

El altruismo, entendido como devoción o dedicación al bienestar de los demás. El impulso humano más primitivo tiende a promover el autointerés; el altruismo demanda que tomemos el interés de los demás para el uso de nuestras posesiones o potencialidades. Colocarse en posición de servicio a los demás, constituye un enorme desafío para la medicina competitiva actual y futura.

Los principios éticos, no son estrictamente leyes, sino más bien formas de conducta que definen la honorabilidad del médico y están orientadas primariamente para el beneficio del paciente.

En el arte de la Medicina, la actitud clínica incluye confidencialidad, consentimiento, respeto por los derechos del paciente, que en último término son formas de relación humana.

Toma de Decisiones y Criterio Clínico

En la actitud clínica, ocurre un permanente proceso de decisiones. Es conocido, que la mayor información, que pueda tener un profesional médico, no implica necesariamente mejor desempeño. A veces, esto ocurre por no considerar algunas de las consideraciones antes mencionadas. La utilidad de la información médica en clínica, radica en su manejo, en su aplicación, más que en la cantidad o calidad de la misma. El exceso de información mal aplicada, puede representar un riesgo para el paciente, tan importante, como la falta de información.

La toma de conciencia de estos delicados procesos intelectuales: valoración, decisión, aplicación viene a ser la esencia del criterio clínico.

Comunicación Médico Paciente

La relación médico paciente, manifestación de la actitud clínica, se da en un contexto de confianza, en que se respeta la individualidad, lo personal. Este acto médico se concibe por lo tanto en un ambiente íntimo, que permita recoger información y utilizarla en beneficio del paciente. Fluye de esta situación el secreto médico como un valor inherente al acto clínico y como conducta ética.

Esta información particular, sin embargo, pasa a formar parte de la experiencia médica, que al conceptualizarse como enfermedad, aporta conocimientos científico-clínicos, que se proyectan a la medicina en general.

Nuevamente, se establecen importantes procesos de decisión frente a cada individuo enfermo, en que el uso criterioso de la información obtenida, exige altos niveles taxonómicos en el ámbito de las actitudes, como también de destrezas y conocimientos por parte del clínico.

El darse tiempo para escuchar primero al paciente sin interrumpirlo, hace que la comunicación sea más eficiente. Esta actitud inicial que no representa más que un par de minutos, hace que el enfermo se siente escuchado y el resultado final contribuye a borrar la imagen que el médico está siempre apurado.

Rol de Paciente

El clínico en su contacto con el paciente (además de la información técnica propia de la dolencia) percibe la interpretación del enfermo, de lo que le ocurre, en forma abierta o sutil. Casi ningún individuo enfermo escapa a esta interpretación. Muchas veces, parte importante de la entrevista clínica recoge estos hechos, es decir, que piensa o siente cada persona frente a su enfermedad.

Puede ocurrir que, involuntariamente, se trate de soslayar esta interpretación, ya sea porque el clínico puede sentirse confundido en su rol de obtener información médica con una metodología sistemática, o bien por no aceptar el punto de vista interpretativo del enfermo.

De esta manera, la entrega de la información médica por parte del paciente está cargada de otros elementos que surgen de su propia biografía (ansiedad, depresión, temor, indiferencia, rabia, etc.) y que le otorgan un significado particular a su condición de enfermo-persona.

En una actitud clínica integral se hace necesario considerar sistemáticamente este aspecto, tanto si el paciente lo manifiesta abiertamente valorando significativamente su interpretación, o bien ayudándolo a

manifestarse si no lo ha expresado. La combinación individuo-enfermedad-interpretación implica una estrategia o planificación médica que va más allá de lo meramente farmacológico o indicaciones técnicas.

Tanto la valoración del sentir del paciente, como su particular idea respecto de lo que le pasa, en ocasiones tiene mucho más significado que la terapia específica, actualizada y precisa, otorgada por el profesional.

El Pensamiento Clínico

El proceso analítico de la información obtenida en el examen clínico, puede ser considerada bajo dos aspectos.

La pura información (imaginémosla por un momento como una consulta hecha a través del teléfono), es procesada en la mente del clínico en forma muy rápida. El interrogatorio detecta un hecho (respuesta positiva a lo indagado), con lo cual se abre un registro de probabilidades. Pero también puede no detectar lo buscado (respuesta negativa) y descartar otro registro de probabilidades. Cada vez que se abre un registro, se vuelve a efectuar el proceso con cada ítem. De esa manera se produce una selección más eficiente de las mejores probabilidades. La combinación de respuestas positivas y negativas conforman la base de las hipótesis diagnósticas sobre las cuales el clínico efectuará su comprobación con métodos de apoyo. (Este proceso sería comparable a la navegación en Internet que nos muestra diversas direcciones o sitios, archivos, directorios y combinaciones de los mismos.)

Como el acto médico clínico, no se hace por teléfono, (afortunadamente) el contacto con el paciente es a través de los órganos de los sentidos, particularmente vista y oído. Es conocido el extraordinario impacto que produce lo audiovisual, como medio eficaz y rápido para entregar información.

En los pocos segundos antes del inicio de las primeras palabras con el paciente, o en los silencios durante el proceso del acto médico, a través de la observación (el mirar, el oír) se entrega información que puede ser recogida por el clínico, de tal relevancia, que va dando

orientaciones o pronóstico, sobre los cuales conduce su investigación médica. Aquí, influye fuertemente la evocación de situaciones clínicas similares, lo cual se relaciona estrechamente con la experiencia clínica en cada campo en particular.

En ese escaso tiempo, la conjugación de cuidadosa observación y oído, son los elementos principales de comunicación entre paciente y médico.

Estos dos aspectos del proceso analítico: la información y el contacto audiovisual, que caracterizan a la actitud clínica, si bien ocurren muy rápidamente en la fase inicial, al repetirse durante el transcurso del acto médico, se complementan con el examen físico, y por lo tanto se hacen más reflexivos y más conscientes.

En gran medida, este modelo u otros similares conforman el fundamento del pensamiento clínico. El razonamiento clínico, es por lo tanto, un proceso dinámico, con permanente autoanálisis y evaluación.

Estrategias de Planificación

El carácter reflexivo del pensamiento clínico intenta la mayor parte de las veces identificar una entidad clínica en forma integrada.

De algún modo, la actitud clínica es acercarse a una base común o tronco, que está parcialmente o totalmente oculto por el follaje de las primeras aproximaciones o hipótesis. El clínico se esfuerza por llegar a la unidad diagnóstica, en lugar de la diversidad, para que de esta manera pueda planificar su estrategia y conducta a partir de la raíz del problema. Esto jerarquiza la decisión de estudios complementarios e identifica la terapia correspondiente. Además, una estrategia integral debiera considerar el importante rol interpretativo del paciente para su planificación, especialmente para las indicaciones específicas que recibe cada individuo enfermo en particular.

Efecto Terapéutico

Se refiere al significado que trasciende a la prescripción farmacológica. En la práctica de la medicina, en muchas comunidades (especialmente rurales), la presencia del

médico despierta la necesidad del "reconocimiento médico", aún cuando no exista una verdadera enfermedad "orgánica".

Este rol terapéutico mágico probablemente fue uno de las primeras "características" del médico en los albores de la medicina. Este efecto beneficioso, por presencia, se mantiene hasta nuestros días.

En el extremo opuesto, aquellos pacientes que efectivamente tienen enfermedades de pronóstico malo o fatal, y están concientes de esta situación, necesitan esta "presencia", el "estar con". La necesidad de ser escuchados, nace de su sensación de soledad de distinta magnitud que su proceso de enfermedad les está significando. Sin embargo, en el médico se podría provocar un conflicto o contradicción ante ciertos enfermos o situaciones aún no resueltas en Medicina, ya que el ejercicio del rol profesional que le otorga la sociedad es incapaz de solucionar el problema médico-técnico.

Una enfermedad de mal pronóstico y la muerte de un enfermo son consideradas en la inmensa mayoría de los casos un fracaso de la medicina. Es aquí particularmente donde la actitud clínica juega uno de sus papeles más significativos. Esto es, tomar en cuenta la necesidad que en esos momentos está viviendo el paciente.

Del análisis de algunas de estas observaciones surgen otras características

no patognomónicas del clínico sino más bien inherentes al profesional en general, tales como el sentido común, la prudencia, la constancia, la necesidad de perfeccionamiento y el compromiso con valores del ámbito personal, familiar o de la sociedad en que se desempeña.

REFERENCIAS

Alvarez G. Pensamiento médico y cibernética. Ateneo 2000;1:10-14

Barrios I. Pensamiento médico y ética clínica contemporánea. Cuadernos de Bioética 1998;33:75-84

Branch W., Kern D., Haidet P., Weissmann P., Gracey C., Mitchell G., Inui T. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. JAMA 2001;286:1067-1074

MacLeod RD. On reflection : doctors learning to care for people who are dying. Soc Sci Med 2001;52:1719-27

Miller SZ., Schmidt HJ. The habit of humanism : a framework for making humanistic care a reflexive clinical skill. Acad Med 1999;74:800-3

Neufeld VR. Physician as humanist: still an education challenge. CMJA 1998;161:1117-18