

Sugerencias para un cambio en la enseñanza de habilidades clínicas a los estudiantes de medicina: La examinación clínica reflexiva

BENBASSAT JOCHANAN MD*, BAUMAL REUBEN MD*,
HEYMAN SAMUEL N. MD*, BREZIS, MAYER MD MPH

REVISOR: LILIANA ORTIZ M.**

Este artículo de revisión plantea una propuesta de innovación pedagógica que permite mejorar el desarrollo de las habilidades clínicas en estudiantes de medicina.

Los autores señalan que los programas tradicionales de las asignaturas preclínicas promueven la enseñanza de métodos para obtener y registrar síntomas y signos de los pacientes, usando un formato rutinario (Anamnesis próxima y remota, examen físico general y segmentario), que los estudiantes de medicina ejecutan de manera mecánica, posponiendo el entrenamiento del razonamiento de diagnóstico, hasta que han aprendido a realizar una historia clínica completa.

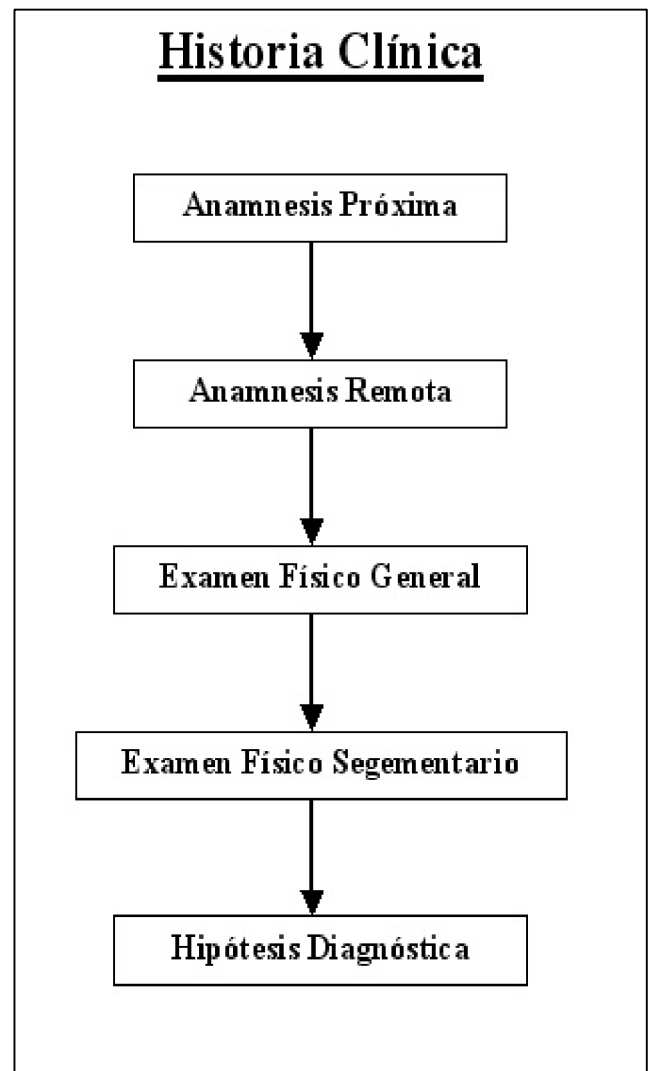
Esta aseveración se basa en los resultados que este grupo de investigadores ha obtenido al revisar la bibliografía recomendada para las asignaturas preclínicas, las historias clínicas de los pacientes, los informes de programas de enseñanza en Estados Unidos y por sus propias observaciones en las instituciones donde desempeñan labores docentes (Jerusalém y Toronto).

La enseñanza de la historia clínica en su formato tradicional resulta fácil de enseñar, satisface al médico y al paciente y permite diagnosticar entre un 5 y 10% de patologías que derivan de hallazgos del examen físico.

Sin embargo, pese a estas ventajas, numerosas publicaciones han reportado deficiencias en el grado de desarrollo de las competencias clínicas de los estudiantes, tales como la entrevista clínica y examen físico.

A pesar de esto, las prácticas docentes de la enseñanza preclínica se han perpetuado por tres premisas imperantes:

El estudiante de medicina no puede utilizar las estrategias del experto para realizar diagnósticos.



* Academic Medicine. 80(12):1121-1126, December 2005

** Dpto. Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Los médicos experimentados emplean dos estrategias para la resolución de problemas clínicos. La primera es el “patrón de reconocimiento” de síntomas y signos frente a problemas de baja complejidad. Es decir, la recuperación de las manifestaciones clínicas asociadas a enfermedades frecuentes y conocidas, almacenadas en su memoria.

En cambio, frente a los problemas de mayor complejidad, recurren al “razonamiento hipotético-deductivo” de la siguiente manera: el motivo de consulta del paciente y su relato inicial permite formular varias hipótesis diagnósticas. Cada hipótesis conduce el interrogatorio hacia la búsqueda de síntomas y signos adicionales que permitan su comprobación mediante el examen físico y exámenes complementarios. Si la hipótesis no concuerda con los hallazgos clínicos, se consideran diagnósticos diferenciales, hasta alcanzar una aproximación adecuada. A veces, puede ser necesario consultar a otros profesionales o buscar información en textos o bases de datos.

La utilización de una u otra estrategia depende del grado de conocimiento y experiencia del médico, que determinará su percepción de la complejidad del problema. La experiencia aumenta el almacén de asociaciones de manifestaciones y enfermedades en la memoria de un médico y la calidad de su hipótesis de diagnóstico.

Sin embargo, la creencia que el uso de esta estrategia es contingente a la experiencia es discutible, porque los estudiantes son capaces de formular hipótesis frente a problemas difíciles, que pueden abordar mediante un acercamiento deductivo con el Aprendizaje Basado en Problemas. Por lo tanto, las intervenciones pedagógicas que promueven el desarrollo de estrategias de razonamiento clínico son factibles durante todas las etapas del entrenamiento clínico, pues la mayoría de las situaciones se presentarán como problemas difíciles para los estudiantes inexpertos.

Los estudiantes pueden mejorar sus habilidades clínicas e introducirse al razonamiento de diagnóstico durante sus rotaciones.

Los investigadores participan como docentes en programas preclínicos en instituciones de Jerusalén y manifiestan justificadas dudas de la validez de esta premisa.

El primer argumento se basa en la observación del exceso de trabajo de los médicos instructores, hecho que dificulta la supervisión adecuada de los estudiantes. Por otro lado, las habilidades de entrevistar y examinar al paciente, en escasas ocasiones fueron el tema previsto del programa de enseñanza en las rotaciones. Además, la percepción de la importancia de estas habilidades es diferente entre los encargados de las rotaciones. Algunos pensaban que no era su responsabilidad supervisar a estudiantes, pues éstos examinaron a los pacientes durante toda la rotación, y con eso

sería suficiente.

Por su parte, los estudiantes tienen la sensación que el examen físico de rutina no es importante para el cuidado del paciente, pero es un ritual consagrado que debe realizarse obligatoriamente. Esto puede incitar a realizar un examen precipitado, que incluso puede deteriorar la práctica. Además, la expectativa de adquirir las habilidades de diagnóstico y del razonamiento durante las rotaciones no siempre se satisface.

Todos los pacientes esperan y consienten en la recolección rutinaria de la historia y datos del examen físico.

La relación médico paciente paternalista ha sufrido cambios en los últimos años, entre otras cosas, por la introducción de la Bioética clínica. Actualmente el respeto por el principio de autonomía, plantea la necesidad de considerar las expectativas del paciente respecto de la atención sanitaria y las decisiones de éste, si existe discrepancia en el valor de algunas opciones diagnósticas y terapéuticas. En el Reino Unido, no todos los pacientes consienten un examen físico completo. Por lo tanto, los estudiantes de medicina y médicos deberán adecuar las estrategias para abordar a los pacientes en la interacción clínica.

Los autores plantean que los estudiantes de medicina deben ser enseñados a conducir la historia y el examen físico de manera reflexiva y útil desde el principio de su entrenamiento clínico. Para ello, proponen modificaciones en la enseñanza de las habilidades clínicas, de acuerdo a tres posibles métodos:

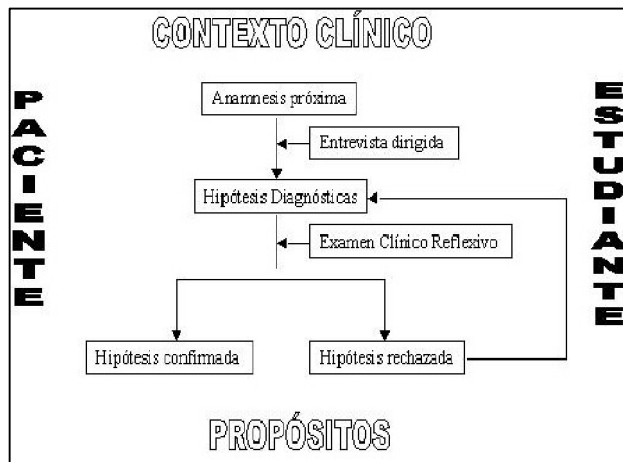
Generación de hipótesis de diagnóstico: enseñar a los estudiantes a evaluar un problema clínico de la manera como los médicos abordan cualquier problema desconocido o de mayor complejidad.

En este modelo, es importante estimular a los estudiantes a formular hipótesis de diagnóstico mientras realizan la anamnesis próxima del paciente, y así, poder dirigirla hacia la búsqueda de datos relevantes, y posteriormente realizar el examen físico de una manera reflexiva, que confirme o refute estas hipótesis.

En un examen clínico (EC) reflexivo, “selectivo” o “centrado” en el sistema que puede estar implicado en la enfermedad del paciente, éste se examina en mayor detalle que en un EC rutinario.

Por otro lado, los estudiantes deben establecer diferencias de los contextos clínicos (pediátricos, adolescentes, adulto mayor, geriátrico y embarazadas), sistematizando la atención del paciente en los siguientes propósitos:

- 1.1. Detectar condiciones que requieren tratamiento inmediato.
- 1.2. Probar hipótesis de diagnóstico en pacientes



- con motivos de consultas específicos.
- 1.3. Búsqueda de signos de diagnóstico en pacientes sin motivos de consultas específicos
 - 1.4. Control de enfermedades conocidas y detección de complicaciones
 - 1.5. Promoción de la salud en pacientes asintomáticos.

En el futuro, los textos de semiología y los programas de enseñanza deberían organizarse en secciones para cada propósito y contexto clínico, en vez de por sistemas anatómicos. Cada sección abordaría hipótesis de diagnóstico (Ej: paciente con ascitis), proporcionando la información necesaria para demostrar la probabilidad de un diagnóstico en un contexto dado, basados en hallazgos clínicos sensibles y específicos.

La enseñanza del razonamiento de diagnóstico ofrece, además, la oportunidad de introducir a los estudiantes a nociones de garantías de calidad, errores médicos y tolerancia a la incertidumbre.

Aprendizaje de las estrategias del experto: los programas de enseñanza de las habilidades clí-

cas deberían tener como objetivo general el principio de “aprender las estrategias del experto”, es decir, razonamiento clínico. Los programas consistirían en prácticas supervisadas para cada uno de los contextos clínicos. Estas serían ejecutadas durante las rotaciones de los estudiantes en los departamentos clínicos relevantes (atención primaria, medicina, pediatría, geriatría, obstetricia y ginecología, etc.). La responsabilidad debe ser asumida por los encargados de rotaciones, quienes no deben presumir que los estudiantes lograron el dominio de habilidades relevantes durante una rotación clínica anterior o durante su curso preclínico.

Consideración de las expectativas de los pacientes: los autores proponen que se debe estimular a los estudiantes a preguntar al paciente, antes de iniciar el examen físico, “Cuáles son sus principales preocupaciones y qué espera de la atención médica”. En otras palabras, el EC reflexivo se debe dirigir no sólo por las hipótesis diagnósticas, sino también por las expectativas del paciente. Los estudiantes deben comunicarse con sus pacientes a través del EC, y, si corresponde, explicar el propósito de éste y pedir consentimiento para realizar cualquier parte del EC que puede parecer no estar relacionado con el motivo de su consulta.

Estas modificaciones son congruentes con las tendencias actuales en la educación médica que animan a una práctica reflexiva y a aprender a resolver problemas. También introducen a los estudiantes de medicina en los preceptos del razonamiento clínico. Los autores sugieren que el desafío de los estudiantes para buscar resultados físicos específicos puede aumentar la probabilidad de detectar resultados cuando están presentes, y puede transformar la entrevista y el examen físico del paciente, de actividades rutinarias a experiencias intelectuales emocionantes.