

visto— no es aplicable a todas las circunstancias del ejercicio médico. Como método, como herramienta, irá encontrando, al madurar, su propio nicho.

La libertad clínica, como se entendía en la primera mitad del siglo XX, no regresará. Por el contrario, los procedimientos, las técnicas, los esquemas de manejo serán cada vez no tanto más rígidos como más auditados y vigilados. La información y la retroalimentación irán ocurriendo cada vez más en “tiempo real”. El profesional que hoy propenda por la independencia y que rehúya al seguimiento de indicadores estará luchando contra la corriente; finalmente tendrá que ceder en esa lucha inútil en la que se han empecinado muchos médicos. Es sin duda lo más conveniente para el paciente, que es —a veces se nos olvida— la razón de ser de la medicina.

Son muchas las tendencias universales de la medicina contemporánea. Sus vínculos con la legislación, la administración, la economía y la política serán cada vez más fuertes. La incorporación de los costos de nuestro ejercicio, por ejemplo, serán cada vez un determinante más importante de nuestro ejercicio. La MBE ha abonado el terreno para el ingreso de la farmacoeconomía y los análisis económicos de las intervenciones en salud.

Michael Drummond, uno de los grandes nombres de la economía de la salud, dijo en 1987 que no era necesariamente antiético pensar en los costos en salud. Hoy, 20 años más tarde hay que reformular ese planteamiento. Propongo dos opciones: para los médicos recalcitrantes que se oponen, cada vez con menos argumentos, a la medicina gerenciada, hay que decirles “es necesariamente antiético **no** pensar en costos”, pero también es necesario que los administradores sepan que “es necesariamente antiético pensar **sólo** en costos”.

Los médicos, lo he dicho en varios escenarios, hemos estado defendiendo nuestra profesión con los argumentos equivocados. Hemos resaltado el legado histórico y ético que arranca en Hipócrates y que incluye grandes nombres como Galeno o Paracelso. Hemos invocado el sustento científico de nuestra profesión, o la capacidad que tenemos de modificar la calidad de vida y el bienestar de nuestros pacientes. Hoy debemos entender que nuestra importancia está en que somos los principales ordenadores del gasto en un sector de la economía que consume algo así como el 8% del producto interno bruto. Debemos reconocer (y defender) el impacto económico de nuestras decisiones clínicas. Sólo así lograremos rescatar el verdadero valor de nuestra profesión. Qué más evidencia necesitaremos para ello.

El papel de la experiencia clínica en el trípode de la medicina basada en evidencia

The role of clinical experience in the medicine based evidence tripod

ISRAEL MONTESDEOCA • CARACAS

Se define la medicina basada en evidencia (MBE) como la integración de tres componentes en un modelo orientado a la solución de los problemas de salud de los pacientes. Dichos componentes son iniciados en formas definitivas por la experticia del clínico (1er. componente) quien considera los valores del paciente (2o. componente) y por supuesto por la evidencia de una investigación (3er. componente).

La experticia del clínico con su habilidad puede identificar rápidamente en cada paciente la hipótesis diagnóstica, que puede ser seguida por una o varias preguntas, sin riesgos individuales de los pacientes.

Los valores del paciente tienen un significado especial ya que representan las preferencias, preocupaciones y expectativa que cada paciente posee con su encuentro con el clínico, quien se encarga de integrar esos valores a las decisiones en

beneficio del paciente, que se fortalece cuando se demuestra la mejor evidencia por la investigación y es cambiar o no lo conocido de cualquier componente del diagnóstico, tratamiento o pronóstico por algo nuevo, de esa manera se reúnen los tres elementos del modelo y se forma una alianza que optimiza las consecuencias y resultados clínicos y por consiguiente la calidad de vida.

El clínico puede hablar de “nuestros” pacientes, que no implica propiedad o control sobre ellos, sino que representa la responsabilidad que se toma para su cuidado médico y po-

Dr. Israel Montes de Oca: Profesor Titular Facultad de Medicina Central de Venezuela. Titular Jubilado Doctor en Ciencias Médicas. Gobernador de American College of Physicians. Caracas.

Correspondencia: e-mail: israelmontes@cantv.net

Recibido: 18/VII/07 Aceptado: 25/VII/07

ner en beneficios de ellos el nuevo o viejo conocimiento.

No obstante lo anterior, el mejor de los clínicos posee fortalezas y debilidades que serán analizadas en este resumen del tema.

En beneficio de los pacientes deben analizarse varios elementos por parte del clínico: habilidades clínicas en la entrevista y por la misma razón una historia clínica adecuadamente elaborada incluyendo examen físico, ya que representa el punto de partida de la aplicación del modelo; actualizar los conocimientos, mantener la humildad para corregir y reconocer los errores y sostener un entusiasmo en sus actuaciones para aplicar las nuevas ideas.

La frecuencia del error del experto hace que se desarrolle su interés hacia la MBE y evitar así también la disparidad en el diagnóstico, y por otra parte hacer un mejor juicio clínico y una actualización del tratamiento.

Existen múltiples estrategias para el trabajo del experto clínico como son:

1. Para evaluar la evidencia.
2. Obtener revisiones sistemáticas.
3. Rápida información.
4. Obtener estrategias efectivas de aprendizajes, para mejorar la labor de su práctica médica.

Y para abordarlas debe a su vez:

- a. Hacerse una o varias preguntas no contestadas
- b. Seguir la mejor evidencia que conteste las preguntas
- c. Hacer evaluación crítica de la evidencia
- d. Integrar la evidencia a la solución del problema del paciente.

El aprendizaje del experto le permite mejorar y evitar próximos errores; en muchas ocasiones hay limitaciones como son: falta adecuación a los tiempos, experiencia no sistematizada, desactualización, y tener solo recursos obsoletos o insuficientes.

Debemos considerar que la información proporcionada por la MBE tiene como resultado la toma de decisiones con prácticas de aproximaciones concretas y de aplicación diaria.

Ninguno de los componentes de la trilogía mencionada tiene minusvalía en MBE; pero el ejercicio del clínico se constituye en una verdadera manifestación de ciencia clínica.

Por maestría clínica se entiende también el dominio creciente del conocimiento que el clínico adquiere a través de la experiencia y que tiene su beneficio en el momento de tomar y hacer decisiones, que a veces son simples, como los problemas clínicos simples, pero en otras ocasiones requieren de un conocimiento avanzado. “La experticia se puede perfeccionar a través de la experiencia en conjunto con MBE, la que permite separarla del libro de receta y la pura aplicación de reglas y guías”.

Sin la maestría clínica, la experiencia externa (MBE) puede ser inapropiada y en oportunidades dañinas, y el clínico es el encargado por su análisis y evaluación evitar los aspectos iatrogénicos

La práctica de la MBE requiere conocer los cambios que puedan ocurrir por las intervenciones realizadas por lo clínicos y evitar que la MBE (evidencia externa) pueda contribuir a decisiones dañinas. Esto último constituye una de las mayores fortalezas del clínico en la aplicación del modelo.

La mayoría de las necesidades del clínico están representadas por su capacidad y destreza de adquirir la experiencia, para cubrir las respuestas clínicas a variadas preguntas; pero son también necesidades las informaciones actualizadas para los problemas tanto simples como complejos y demostrar y aumentar la capacidad resolutoria y de rendimiento.

Los beneficios aportados por la MBE no sólo están representados por un aumento de las habilidades clínicas, tanto en ciencias básicas y clínicas, sino que facilita también su aprendizaje para educación de pre y posgrado en caso de ser docente y el tutorado de problemas en investigación clínica. La MBE proporciona el lenguaje adecuado para nuevos conocimientos.

La habilidad clínica es incrementada por la revisión crítica de la evidencia. Un aspecto de sumo interés es el razonamiento clínico, la interiorización sistemática de la experiencia del clínico científico que desarrolla el respeto saludable de sus colegas y algunas de sus experiencias pueden ser transmitidas pero muy raramente aparecen en la literatura.

Otra limitación es el proceso de realizar inferencias del proceso humano alterado. Las predicciones, como se demuestra en forma frecuente, pueden ser desastrosas, lo que hace que la MBE puede evitarlas, pero con la consideración de que los estudios observacionales pueden no ser efectivos para ser aplicados a las decisiones y sobre todo si la evidencia es por otra parte bastante débil, siendo responsabilidad del experto con su sabiduría saberlo aplicar o no al problema individual.

La intuición y la experiencia clínica pueden ser piezas importantes, en los cuales se basa primariamente un diagnóstico diferencial y así evitar toda una serie de exámenes simultáneos a los cuales puede ser sometidos innecesariamente un paciente, al surgir preguntas y recurrir a la MBE, puede comprobar lo que se denominó por el clínico como hipótesis importante o diagnóstico de trabajo y así el experto puede actuar en dos formas: o por evaluación basado en la MBE o sólo autoritariamente resultado del orgullo y el prejuicio.

Se ha demostrado que la MBE cambia por lo menos 25% de los diagnósticos y puede añadir un 23%, y en cuanto aquellos pacientes que reciben tratamiento por conocimientos aportados por la evidencia tienen un mejor resultado comparados con aquellos más cercanos a la experiencia.

Para muchos clínicos que carecen de la habilidad de plantear preguntar sobre determinado problema, les es difícil o hacen grandes esfuerzos para lograrlo en forma académica y lógica y por otra parte también para mantenerse actualizados. Algunos estudios realizados al respecto, no más de 15% de los expertos clínicos intervienen a través del soporte de la

evidencia y de integrarla al cuidado del paciente. Por razones éticas, los clínicos necesitan realmente información.

La MBE por lo tanto, está al servicio en la formación permanente del clínico y es la máxima aproximación para utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible.

Los resultados de la aplicación de la MBE no pueden ser subestimados por ninguno de sus tres elementos que van conjugados para proporcionar soluciones a los pacientes y satisfacciones científicas acompañadas siempre de la ética, el humanismo y la compasión características propias del clínico como científico y médico.

Hipertensión arterial vs. presión arterial alta

Un problema de la educación y práctica médica actual

Arterial hypertension versus high arterial pressure

A problem of education and of the present medical practice

HELÍ HERNÁNDEZ • CARTAGENA

Resumen

A partir del reconocimiento de la hipertensión arterial como la condición patológica más frecuente hoy en día, se describe el problema suscitado por el abuso de este diagnóstico por parte del personal médico, particularmente en los servicios de urgencias y se identifican las falencias en su desempeño, analizándolas a la luz del currículo médico clásico y de las estrategias de enseñanza-aprendizaje.

Introducción

La hipertensión arterial es sin duda alguna la condición patológica más frecuente en todo el mundo y también la más conocida por la población general; es además muy publicitada por los programas de promoción y prevención y su medición está al alcance de cualquier persona: por ello quizá se ha arraigado en la mentalidad de las gentes, como la causa inmediata de cualquier molestia que puedan padecer.

Esto no pasaría de ser una creencia popular, sin mayores repercusiones; sino fuera porque el personal de salud incluidos los médicos, la ha convertido en una “verdad”

Es así como estamos observando con gran inquietud cómo la hipertensión arterial es el diagnóstico más frecuente en todos los servicios de urgencias, con el agravante que consecuentemente se prescriben antihipertensivos, ante cualquier motivo de consulta.

Evidentemente existe una confusión entre la presión arterial como signo vital y la hipertensión arterial como una condición patológica.

Dada la trascendencia de esta confusión, en el desempeño del profesional de la medicina, abordaremos el problema desde la óptica de la formación médica.

El problema

Primer caso

Un hombre de 62 años se encontraba hablando por teléfono cuando súbitamente perdió el habla y la fuerza en el miembro superior derecho; fue auxiliado de inmediato por sus familiares y 10 minutos más tarde se había recuperado por completo. Sin embargo, ellos insistieron en llevarlo a la clínica y durante el camino volvió a presentar el mismo cuadro, pero al llegar a urgencias había vuelto a recuperarse.

Es hipertenso antiguo y toma captopril 50 mg dos veces al día. En urgencias su TA fue de 180/104 mmHg; por lo cual le diagnosticaron “crisis hipertensiva”; le ordenaron captopril sublingual (SL) y le dieron de alta con captopril 50 mg tres veces al día y ASA 100 mg/día

Comentario: el cuadro clínico sugiere una isquemia cerebral transitoria, que ha podido empeorar con la reducción brusca de la presión arterial. Además este paciente ameritaba una consulta urgente con el neurólogo.

Falencias: cognitiva y sicomotora.

Segundo caso

Un hombre de 49 años ingresa a urgencia por hematemesis abundante de media hora de evolución. Se trata de un comerciante, fumador que en los últimos días ha estado padeciendo de “acidez y ansiedad”. El examen muestra a un varón de tez blanca, pálido y sudoroso con TA: 180/110 mmHg y Fc 110 x'. Con el diagnóstico de “crisis hiper-

Dr. Helí Hernández Ayazo: Internista y Educador Médico, Profesor Titular de Medicina, Universidad de Cartagena. Doctor en Ciencias de la Educación. Cartagena
Correspondencia: helihernandez@costa.net.co
Recibido: 18/VII/07 Aceptado: 25/VII/07