

ARTICULO

El método clínico en la Atención Primaria de Salud: algunas reflexiones

The clinical method in Primary Attention of Health: some reflections

Dr. MSc. Rubén Darío García Núñez

Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos.

Terminal Professional Degree in General Medicine. MSc. in Medical Education. Assistant Professor. University of Medical Sciences. Cienfuegos.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica acerca de la importancia del método clínico en la atención primaria de salud, el cual constituye un sistema de reglas que ordena los procedimientos de los cuales se vale el médico para obtener síntomas y signos con los que se elaboran los diagnósticos. Se plantea la importancia del diagnóstico médico, sus bases, los diferentes procedimientos para llevarlo a cabo, cómo se establecen y se analizan las diversas hipótesis diagnósticas, la importancia de la tecnología en el diagnóstico médico, y la interrelación entre la clínica y la tecnología. También se exponen algunas particularidades del diagnóstico en la atención primaria de salud, sus vulnerabilidades y las principales deficiencias que actualmente se presentan en la enseñanza de éste, el método científico de las Ciencias Médicas.

Palabras clave: Diagnóstico clínico; medios críticos; medicina clínica; medicina familiar y comunitaria

ABSTRACT

A bibliographical review on the importance of the clinical method in the primary health care was carried out. This method is composed by a system of rules that organize the procedures the doctor follows in order to obtain the symptoms and signs that will allow him to elaborate a further diagnosis. Different issues like the importance of the medical diagnosis, its bases, the different procedures

through which it can be carried out, and how it is finally established are stated. The paper also analyzes the different diagnostic hypotheses, the importance of technology for the medical diagnosis, and the link between clinic and technology. Some peculiarities of the diagnosis in the primary health care, as well as its vulnerabilities and main deficiencies that affect the teaching of this medical sciences method are also exposed.

Key words: Diagnosis clinical; critical pathways; clinical medicine; family practice

INTRODUCCIÓN

En los últimos tiempos, al participar en exámenes prácticos estatales para la evaluación de internos o para el otorgamiento del grado de especialistas a residentes de Medicina General Integral, hemos podido meditar acerca de las principales dificultades que le impedían realizar el ejercicio de manera satisfactoria, para lo cual se habían preparado y que resumía la labor de todo un año: esta dificultad estaba dada por la no correcta aplicación del método clínico.

Por tal motivo, y a modo de reflexión abordaremos las particularidades del método clínico en la Atención Primaria de Salud, sus principales vulnerabilidades y el papel que tienen las Universidades médicas en el rescate del uso del mismo, como instrumento fundamental para brindar una atención médica de excelencia.

Correspondencia:

Dr. MSc. Rubén Darío García Núñez

Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos

Calle 51A y Ave. 5 de Septiembre. Cienfuegos, Cuba

Teléfono: 043-524316

Dirección electrónica: rubengn@jagua.cfg.sld.cu

DESARROLLO

I. El método clínico. Generalidades

El método clínico o "proceso del diagnóstico", son los pasos ordenados que todo médico aplica en la búsqueda del diagnóstico en sus enfermos individuales, y consisten en: formulación por el enfermo de sus quejas de salud; obtención de la información necesaria (síntomas, signos y otros datos) para después establecer las hipótesis diagnósticas presuntivas e ir a su comprobación final, por intermedio de una contrastación que, en la mayoría de las circunstancias, aunque no en todas, se realiza a través de exámenes complementarios de cualquier tipo que sean: de laboratorio o imagenológicos. Así pues, los cinco pasos o etapas del método son: formulación, información, hipótesis, contrastación y comprobación.⁽¹⁾

Quizás fue Richard Bright en el Hospital Huis de Londres, en la primera mitad del siglo XIX, quien introdujo por primera vez el laboratorio en la práctica médica, al realizar de forma sistemática en sus enfermos con hidropesía, la búsqueda de albúmina en la orina, calentando una muestra de la misma, en una cuchara con la llama de una vela.⁽²⁾

A partir de esta fecha, como consecuencia de múltiples inventos y adelantos en el campo tecnológico, se introdujeron progresivamente como exámenes complementarios en la práctica clínica, numerosas técnicas de laboratorio de todo tipo, de imágenes, de anatomía patológica, de registros, de endoscopias, etc. Pero la explosión ocurrida en este campo después de la segunda guerra mundial, originada por la ya trascendental revolución científico técnica, puso en las manos del médico de la segunda mitad del siglo XX tecnologías cada vez más complejas, sofisticadas, precisas, detallistas y eficientes que, en ocasiones, podrían aportar datos más allá del límite de sensibilidad de la clínica. Si bien hay enfermedades como la migraña, el Parkinson o el tétanos, en las cuales el diagnóstico continúa siendo exclusivamente clínico, apenas hay afecciones que no se hayan beneficiado de los progresos de la tecnología médica en su identificación, conocimientos y manejo en los últimos cincuenta años.⁽²⁾

En la medicina clínica del siglo xx, los análisis complementarios quedaron medularmente incorporados a nuestro saber y actuar. La introducción de tecnología hizo cada vez más compleja y costosa la práctica clínica. Entre otras consecuencias, surgió el imperativo de desarrollar nuevas especialidades paraclínicas de medios diagnósticos, que fueron apareciendo en la medida que se incorporaron nuevos equipos y técnicas que requerían determinados conocimientos y habilidades para su uso.

Bernard Lown, un destacado cardiólogo norteamericano y premio Nobel, escribió en 1995 que "la sangre del paciente va camino del laboratorio antes de terminar de hablar con él y mucho antes de ponerle una mano

encima"⁽⁴⁾ y cinco años antes, en 1990, el profesor mexicano Hinich había escrito que "el médico moderno, cual aprendiz de brujo, ha dejado de ser el amo de la tecnología para convertirse en su servidor".⁽⁵⁾

Los rasgos distintivos de la medicina en la segunda mitad del siglo XX se han caracterizado por: el progreso de la terapéutica, de las ciencias básicas y de la tecnología aplicada al diagnóstico, los cuales han llevado a un segundo plano los atributos seculares del médico y los principios que guiaron el ejercicio de la práctica individual: el interrogatorio, el examen físico, y el razonamiento. Hoy más que nunca la práctica de la obedece a los dictados del mercado, que impone al médico una conducta ajena a su esencia, lo cual determina una inadecuada relación médico-paciente con las deletéreas consecuencias que esto trae consigo para el paciente.

Existen indiscutiblemente debilidades para la obtención de una excelencia médica generalizada, pues el abandono del método clínico es casi universal, pero también tenemos en nuestro país la voluntad política y científica para lograr la mejor atención al enfermo.⁽⁶⁾

II. Particularidades del método clínico en el nivel primario de atención. Experiencia cubana

Con la creación y desarrollo del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia en Cuba, se han fortalecido los enfoques caracterizados por la tendencia a la atención médica integral, donde la familia y la comunidad son también consideradas en la evaluación del proceso salud —enfermedad al nivel individual. Esto responde básicamente a la convicción de que no solo las interacciones familiares, sino también las comunitarias, pueden tener un efecto profundo sobre la condición de salud o enfermedad en una población. Con frecuencia se constatan afecciones que, aparentemente presentes solo al nivel individual, son generadoras o consecuencia de otras al nivel familiar o incluso, comunitario. Definitivamente son muchos los padecimientos que no pueden ser comprendidos cabalmente, a menos que se evalúen simultáneamente en el contexto personal, familiar y social.

Es tradicional el mensaje educativo y práctico de que para abordar la enfermedad al nivel individual el médico debe aplicar el método clínico; de igual manera se ha reiterado que durante su proceso de diagnóstico e intervención ante un problema de salud comunitario, debe recurrir al método epidemiológico.⁽⁷⁾ Aunque se ha hecho referencia a que "lo singular de cada método, lo hace específico para su materia y punto menos que inútil para la otra";⁽⁸⁾ en la práctica el equipo básico de salud (EBS) en el nivel primario utiliza ambos métodos indistintamente. Mediante ellos busca y encuentra respuestas a los problemas que cotidianamente se le presentan en la comunidad.

No obstante, no debe interpretarse que el método científico que se aplica en el nivel primario es la simple

sumatoria del método clínico con el epidemiológico, como tampoco es adecuado considerar a la medicina familiar como la sumatoria de varias especialidades verticales. «Nuestro modo de actuación desborda los principios teóricos del método clínico tradicional y se expresa con cuerpo propio, como un método clínico basado en modelos o como se conoce más comúnmente: **método clínico en medicina familiar.**»⁽⁹⁾

El método clínico en medicina familiar amplía el objeto de estudio tradicional del profesional de la salud e incorpora a la persona, a la familia y a la comunidad aparentemente sanas. Al incluir el enfoque de riesgo en su concepción y expresión práctica, este método científico condiciona que el EBS atienda no sólo a la demanda de sus pacientes o familias, sino también a su necesidad (no siempre sentida). Al evaluar la situación de salud individual de manera interactiva e integral, con la participación de las propias personas y sus familias, se favorece que éstas se consideren entes activos para su transformación y mejora constantes.

Aún sin proponérselo, los médicos y las enfermeras de la familia que forman parte de la comunidad que atienden, incorporan a diario información sobre su situación de salud a partir de las diferentes y sucesivas aproximaciones que a ella realicen. Esta fortaleza, en manos profesionales, constituye una herramienta básica si se pretende identificar problemas y proponer cambios positivos en la situación de salud de la población. A partir de la experiencia, la identificación de los riesgos para la salud en un área será relativamente fácil para un profesional instruido en materia de salud familiar y comunitaria.

Sin embargo, la identificación de los problemas de salud comunitarios realizada por un EBS, no siempre estará en correspondencia con las necesidades sentidas de su población. La comunidad tiene su propia percepción de la realidad que vive y el EBS es sólo una parte de ella. Es por ello que se necesita de la concertación consciente de los esfuerzos y opiniones de todos los implicados para abordar una situación de salud que les es común.

Dicho de otro modo, los médicos y enfermeras de la familia para conocer de los «síntomas o signos» relacionados con la situación de salud familiar o comunitaria, deben escuchar el parecer de los integrantes de la familia o de la comunidad (según sea el caso), de la misma manera como lo hacen con las personas al evaluar su situación de salud al nivel individual. El abordaje de un problema de salud a estos niveles, también requiere de la observación, del interrogatorio, del examen de la situación y una vez definida una impresión diagnóstica, de una conducta donde sin dudas debe participar la propia familia o comunidad.⁽¹⁰⁾

Peculiaridades del proceso del diagnóstico en la Atención Primaria de Salud

En el diagnóstico en la Atención Primaria se utilizan los diferentes métodos y razonamientos ya explicados. Pero no deben dejar de señalarse algunas particularidades propias de este medio.⁽¹¹⁾

1. Los pacientes muchas veces acuden al médico de la familia en el estadio inicial de sus problemas de salud, antes que el cuadro clínico se desarrolle por completo, por lo que se deberán tomar decisiones con indicios diferentes, pues los síntomas cambian a medida que la enfermedad avanza.
2. Hay que tener presente que cuando el paciente concurre por primera vez a la consulta, en las etapas iniciales de la enfermedad y en la variedad de afecciones vistas por el médico de la familia, generalmente los síntomas son más importantes; los signos se manifiestan con menor frecuencia y más tardíamente.
3. La frecuencia de las enfermedades en la comunidad y la de los síntomas en cada una de las enfermedades, los riesgos a que está sometido el paciente, así como el conocimiento previo que el médico tenga de él, son muy importantes para elaborar las diferentes hipótesis diagnósticas.
4. El factor tiempo es crucial en muchos diagnósticos y en el pronóstico de los pacientes. Como ellos generalmente al primer médico que visitan es al de la familia, va a recaer sobre ellos la difícil responsabilidad de realizar los diagnósticos en las fases iniciales de la dolencia, pues cuando la enfermedad está avanzada y tiene todos sus síntomas y signos completos, hasta para los familiares y amigos del paciente es evidente de lo que se trata, aunque indudablemente el pronóstico es peor.
5. En la atención primaria se debe conocer una máxima médica, que hace casi quinientos años utilizó Maquiavelo para los problemas políticos: "las enfermedades en su inicio son difíciles de diagnosticar y fáciles de curar, con el paso del tiempo si no son diagnosticadas ni tratadas, se convierten en fáciles de diagnosticar pero difíciles de curar".
Es por eso que entre las habilidades y deberes fundamentales de los médicos de la familia está el convertirse en expertos en los diagnósticos precoces y difundir la experiencia alcanzada en este campo.
6. El médico de la familia debe estar preparado también para resolver con sus orientaciones y con una adecuada relación con el paciente la expresión somática de sus problemas psicológicos —que muchas veces se repiten a lo largo de los años— y

evitar el uso exagerado de medicamentos y técnicas diagnósticas innecesarias, sin mostrar cansancio o desinterés en la entrevista.

7. En la atención ambulatoria, el patrón de morbilidad se asemeja al de la comunidad. Esto significa que hay una alta incidencia de enfermedades agudas -muchas de ellas de carácter transitorio y curación espontánea- y una alta prevalencia de enfermedades crónicas y problemas de la conducta.
8. El paciente se presenta con problemas que a menudo son una mezcla compleja de componentes físicos, psicológicos y sociales.
9. La incidencia y prevalencia de las enfermedades en la práctica de la medicina familiar tienen un efecto importante sobre la probabilidad de la enfermedad y el valor predictivo de los síntomas, signos y pruebas.
10. La frecuencia de las enfermedades en la comunidad y la de los síntomas en cada una de las enfermedades, los riesgos a que está sometido el paciente, así como el conocimiento previo que el médico tenga de él, son muy importantes para elaborar las diferentes hipótesis diagnósticas.

Principales vulnerabilidades del método clínico en el nivel primario de atención

El profesor José Ángel Fernández Sacasas, ⁽¹²⁾ profesor insigne de la medicina interna cubana, ha realizado importantes consideraciones sobre las principales vulnerabilidades del método clínico, que son aplicables al nivel primario de atención, las que comentaremos a continuación.

1. La incorrecta relación médico-paciente

La relación médico-paciente es vital para obtener la información necesaria que necesitamos en el proceso del diagnóstico, además de ser la piedra angular sobre la que descansan las potencialidades terapéuticas del médico. Garantizada esta sinergia, se consigue dar tranquilidad, seguridad y obtener una mejor exposición de los síntomas por parte del enfermo con una mayor cooperación en el examen físico. ⁽¹³⁻¹⁴⁾

Hay un principio fundamental en la relación entre el galeno y el doliente, y es hacerle saber a este último que lo comprendemos, que somos capaces de ponernos en su lugar, de ser solidarios con él, y asegurarle que nunca lo abandonaremos.

Si no existe una comunicación adecuada, una relación médico-paciente adecuada, se producirán una serie de anomalías: el paciente no se sentirá atendido, no tendrá confianza en el médico y, por tanto, no colaborará lo suficiente en la atención de su proceso, de su afección. ⁽¹⁵⁾

Con relación al aspecto de la comunicación el estudio de Beckman y Frankel, ⁽¹⁶⁾ demuestra que los enfermos eran interrumpidos como promedio a los 18 segundos de

comenzar a hablar, en ocasiones a los 5 segundos, que en la mayoría de los casos la interrupción venía después de exponer el primer síntoma y que sólo el 20% pudo completar el relato de sus quejas. Noren ⁽¹⁷⁾ reportó que el tiempo medio que el especialista de atención primaria dedica a sus enfermos es de 13 minutos y de 18 el internista, sin abordar los problemas emocionales de los pacientes en el 97% de la muestra. Contrariamente, De la Sierra ⁽¹⁸⁾ considera que interrogar y examinar a un paciente nuevo requiere en las mejores condiciones de cooperación por parte del enfermo y de entrenamiento por parte del médico, un mínimo de 30 minutos, sin los cuales el método clínico no puede ser adecuadamente aplicado. En un largo estudio de ocho años, Beaumier y Bordage, ⁽¹⁹⁾ en Canadá, hallaron entre las deficiencias más frecuentes de los médicos, no identificarse ante el paciente, no darle el tiempo necesario para contestar, hablar al mismo tiempo que él, no mirarlo, no atender a lo que se le decía, reírse inapropiadamente, hacer preguntas automáticas en tono monótono, permanecer distante, hacer un examen físico desorganizado, mecánico e irrelevante, mostrarse impaciente e incluso agresivo, no dar explicaciones o ser muy escueto y no hacer el seguimiento posterior del enfermo. ¿Qué puede esperarse de tal tipo de relación médico-paciente?

2. Interrogatorio

El interrogatorio es la herramienta fundamental para determinar los problemas de salud de nuestros pacientes. Del 50 al 75% de los diagnósticos se hacen por el interrogatorio. ⁽²⁰⁾

Resulta esencial identificar la queja o motivo principal por el que el paciente solicita atención médica y describir sus síntomas más importantes. Con solo esta descripción puede bastar para realizar un diagnóstico. No es lo mismo decir que una persona tiene un dolor, que describir también su localización e irradiación, la intensidad, modo de comienzo y de alivio, síntomas acompañantes, etcétera. Se ha dicho, con toda razón, que un buen interrogatorio "exige la estrategia de un diplomático y el tacto de un confesor".

El doctor Selman-Housein plantea que un buen interrogatorio nos acerca al diagnóstico en 90% de los casos y que es el arma fundamental del método clínico, sin subvalorar los otros elementos, debiendo tener en cuenta todos los detalles que refiere el paciente y el cronopatograma o sea, el orden de aparición de los síntomas y signos. El examen físico unido al interrogatorio eleva según Bauer el porcentaje del diagnóstico a un 75%, Griffen 75 a 90%, Hampton 82 al 91%, Selman-Housein 95%.

En un estudio realizado por el doctor Miguel Ángel Moreno se investigó el valor que el interrogatorio tiene en el diagnóstico, por medio de la anamnesis recogida por 48 estudiantes del último año de la carrera de medicina (internos) a 96 pacientes ingresados en el Servicio de Medicina del Hospital "Carlos J. Finlay". Los propios pacientes aportaron setenta de los diagnósticos

hechos por los alumnos entre ellos el glaucoma. Los resultados confirmaron que el interrogatorio es la herramienta más importante en el diagnóstico de las enfermedades. ⁽²¹⁾

Una de las principales deficiencias observadas en la realización de los exámenes prácticos estatales en el internado se refieren a la habilidad interrogar como lo constatan los estudios llevados a cabo en la Isla de la Juventud y Holguín, ^(22,23) además de uno desarrollado en la Facultad de Ciencias Médicas de Cienfuegos ⁽²⁴⁾ con los estudiantes del último año de la carrera, donde refieren dificultades para la realización de un interrogatorio conciso, concreto y efectivo.

3. Examen físico

El examen físico complementa al interrogatorio. Los signos físicos son las "marcas" objetivas y verificables de la enfermedad y representan hechos sólidos e indiscutibles. Su significado es mayor cuando confirman un cambio funcional o estructural ya sugerido por el interrogatorio.

Es capital la descripción minuciosa de cada signo encontrado. No es lo mismo decir que el paciente tiene una "tumoración", que describir su ubicación, forma, tamaño, movilidad y sensibilidad. Con esa descripción podemos decir si es algo importante o banal, maligno o benigno.

La habilidad en el examen físico se adquiere con la experiencia, pero no solamente es la técnica la que determina el éxito en detectar signos, ni basta con ojos y oídos agudos y entrenados, o dedos especialmente sensibles; se necesita una mente preparada para percatarse de ellos. La pericia en el diagnóstico físico no solo refleja una manera de hacer sino fundamentalmente una manera de pensar.

Este examen físico debe ser sistemático y minucioso de cada uno de los aparatos y sistemas. Dado por la inspección, palpación, percusión y auscultación, que debe rebasar los límites biologicistas, no reducir los conocimientos acerca del objeto (paciente), a signos y síntomas sino que estos son parte de un todo: el hombre. De esta manera la principal sistematicidad se pone de manifiesto en la comprensión de la dialéctica de lo singular (cuadro clínico) y lo general (hombre social). En posición de un correcto interrogatorio y examen físico tenemos un acercamiento a la verdad, siendo la recolección de datos una función de la esfera cognoscitiva, nos guían a una hipótesis, es decir al diagnóstico clínico presuntivo, pensando siempre en todas las posibilidades. ⁽²⁵⁾

Este examen físico debe realizarse solo después de haber interrogado, ya que la anamnesis guía el examen, se debe respetar el pudor del paciente, realizarlo en un orden lógico, no examinar por encima de las ropas, entre otras.

En la práctica diaria, se evidencian vulnerabilidades a este aspecto tan importante del método clínico como

son:

- a) La no utilización apropiada del mobiliario clínico en los consultorios médicos cuando estos se encuentran disponibles como por ejemplo: algunos médicos no utilizan las camillas de reconocimiento para la exploración física del paciente, por lo que obvian la palpación del abdomen, aspecto muy importante en el examen físico general de todo paciente que acude al consultorio médico. También se obvian en ocasiones la medición del peso del paciente, aspecto este tan importante, en el momento de evaluar integralmente al paciente.
- b) La disponibilidad de esfigmomanómetros y estetoscopios que en muchas ocasiones no se encuentran bien calibrados y que cuando sí lo están, no son bien utilizados, pues en ocasiones se realiza la auscultación por encima de la ropa, aspecto que además de constituir una violación a los principios del examen físico, determina interpretaciones erróneas de un hallazgo, como puede ser la auscultación de estertores crepitantes en un individuo sano.
- c) Una de las mayores dificultades que se presentan en las áreas de salud, lo constituye la ausencia de los principales instrumentales para la exploración neurológica, lo que conspira con la adquisición de habilidades para la exploración del sistema neurológico, máxime que con el Proyecto Policlínico Universitario, la mayor parte del tiempo los estudiantes se encuentran rotando por este nivel de atención.
- d) Momento inapropiado para la realización del examen físico, el que en algunos momentos se lleva a cabo en condiciones no adecuadas como son: no privacidad, no iluminación apropiada.
- e) No seguir un orden adecuado en la realización del examen físico o por el contrario, realización desorganizada de este.
- f) No transcribir los hallazgos a la historia clínica ambulatoria, por el extravío de la misma o para optimizar tiempo en la consulta.
- g) Letra ilegible con la utilización de siglas o mala redacción de los signos encontrados.

4. Agrupamiento de síntomas y signos

El siguiente paso será agrupar los síntomas y signos encontrados, seleccionando o dándole preferencia a los relevantes, para construir diversos agregados o conjuntos que reflejen el cuadro clínico del paciente, lo que nos sirve de base para plantear las diferentes hipótesis diagnósticas.

Los médicos tratamos de agrupar los síntomas y signos para realizar el ejercicio diagnóstico, para ello construimos determinadas asociaciones: tríadas, tétradas, y sobre todo, síndromes...

A medida que agrupemos más síntomas y signos tendremos que considerar menos enfermedades como causas del problema que presenta el paciente y su valor

orientador será mayor. Por ejemplo: bocio, temblor, taquicardia y exoftalmo equivalen a hipertiroidismo; así como poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso a la diabetes mellitus. Cada uno de estos síntomas y signos por separado obedecen a múltiples causas, de ahí la importancia de agruparlos. Debemos también señalar que hay síntomas y signos, que debido a su elevada sensibilidad o especificidad para una enfermedad, o su relación estrecha con su fisiopatología, tienen un mayor peso en el diagnóstico que la suma de otros síntomas o signos menos importantes. A los alumnos de Medicina se les enseña a reunir síntomas y signos para la construcción de síndromes.

Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que de modo frecuente se encuentran asociados, que se relacionan entre sí por medio de una particularidad anatómica, fisiológica o bioquímica, pero que pueden corresponder a etiologías diferentes. No necesariamente identifica la causa precisa de una enfermedad, pero disminuye el número de posibilidades, y a menudo, sugiere la necesidad de practicar ciertos estudios especiales clínicos y de laboratorio. Los trastornos de cada sistema u órgano en el ser humano pueden reducirse a un número relativamente pequeño de síndromes.⁽²⁶⁾

Un paso importante para el diagnóstico es qué síntoma o síndrome se escogerá para realizar el ejercicio diagnóstico. Se seleccionará el de mayor jerarquía o personalidad en el cuadro clínico del enfermo que no siempre coincide con su queja principal.⁽²⁷⁾

Evidentemente que en un paciente con decaimiento, pero que tiene un sangrado digestivo, utilizamos el sangrado y no la astenia para realizar el ejercicio diagnóstico. Cuando es un síntoma o signo aislado lo que presenta el paciente, siempre el proceso del diagnóstico será más difícil, pero también encontraremos otros elementos que nos faciliten la tarea. Por ejemplo, si tenemos un paciente en que el único hallazgo es una hemoptisis, el considerar su edad, sexo, antecedentes de fumador, de tuberculosis personal o familiar o de bronquiectasias, u otros elementos de valor, nos ayudará grandemente en el diagnóstico. En estos casos en que no podemos definir un síndrome, un enfoque ordenado del síntoma y antecedentes al signo y a los hallazgos de laboratorio, nos llevará al diagnóstico.

Cuando construimos un síndrome debemos agrupar en él la mayor cantidad de síntomas y signos que presente el paciente. Si vemos un enfermo con disnea de esfuerzo, taquicardia, un soplo sistólico en foco mitral, crepitantes en las bases pulmonares, ingurgitación yugular, hepatomegalia y edemas en miembros inferiores, no debemos plantear un síndrome respiratorio, cardiovascular, tumoral e hidropígeno, sino un síndrome de insuficiencia cardíaca biventricular que los engloba a todos. Recordemos también que los síndromes respiratorio y cardiovascular no existen. Mientras más específico sea el síndrome, menos

posibilidades diagnósticas estaremos obligados a considerar. El paciente puede presentar varios síndromes, y en este caso seleccionar para su análisis el más importante. Algunos autores han clasificado los síndromes en "duros" y "blandos" de acuerdo con su valor diagnóstico. Evidentemente que los síndromes "duros" son los más importantes.

5. Planteamiento de la hipótesis diagnóstica

Las hipótesis diagnósticas se bosquejan por la mayor semejanza que tenga el caso del paciente con las descripciones de las enfermedades que aparecen en los libros, todo ello muy relacionado con la experiencia del médico. Generalmente se escoge la hipótesis diagnóstica que se parezca más al caso del paciente y se rechazan aquellas (diagnóstico diferencial) que difieren mucho (o donde la semejanza es menor) con el cuadro clínico del enfermo. Para realizar el diagnóstico diferencial se deben considerar todas las enfermedades que tengan similitud con el caso del paciente analizado.

Para la elaboración de las diferentes hipótesis diagnósticas Kassirer y Kopelman⁽²⁸⁾ consideran tres formas de razonamiento.

Probabilístico: Basado en la frecuencia de la enfermedad en una población dada, en una edad, sexo o raza, o en la frecuencia de asociación de determinados signos y síntomas con dicha afección. Este tipo de razonamiento se utiliza mucho en medicina y sobre todo en la atención primaria. Un viejo aforismo clínico reza: "Pensar siempre en lo frecuente pero sin olvidar lo raro".

Por ejemplo, nos podemos referir al caso de un paciente con dolor en el pecho: si es un hombre de cincuenta años, obeso, fumador e hipertenso, hay que considerar la posibilidad de una cardiopatía isquémica (angina de pecho o infarto del miocardio), pero si el paciente con dolor en el pecho fuera una mujer de 20 años sin ninguno de esos antecedentes enunciados en el caso del hombre, sería muy difícil pensar que tuviera un padecimiento como el antes mencionado, y habría que buscar otras causas para su dolor.

Causal: Deriva su poder diagnóstico de la capacidad de explicar el cuadro clínico del paciente, utiliza relaciones de causa a efecto entre datos clínicos o de otro tipo. Tiene un gran poder explicativo y se basa en conocimientos generados por las ciencias básicas de la medicina. Aquí se escoge el diagnóstico después del análisis de su posibilidad de producir las manifestaciones del paciente

Determinístico: En él se aplican reglas predeterminadas en el proceso del diagnóstico, que es realizado analizando los elementos en conjunto como una regla: "En presencia de tales síntomas y signos, piensen en tal diagnóstico". Es una estrategia de reconocimiento inmediato de un patrón, que basado en la reunión de determinados síntomas y signos en un enfermo, se ve en una dolencia específica y no en otras.

Muchos pacientes quedan admirados por el llamado "ojo

clínico" de algunos médicos, pues con solo mirar al paciente ya saben lo que tiene. Este es el llamado diagnóstico por intuición, que no tiene nada de mágico, ni se basa en poderes sobrenaturales. Aquí el diagnóstico se realiza por el reconocimiento de patrones y generalmente se hace en personas que tienen rostro, manos, voz, marcha, características de la piel o cualquier otro elemento que pueda identificarse por la observación externa del caso y que sean específicos de una enfermedad, es la llamada medicina externa. La experiencia previa (haber visto antes otro caso), discernimiento, capacidad de asociación y la de vincular lo que se ve con lo que se ha visto antes, son requisitos para realizar este análisis.

Aunque es muy gratificante para el médico que lo realiza, además de impresionar favorablemente a los pacientes, no es muy frecuente en la práctica clínica.

En muchas ocasiones, sobre todo en el nivel primario de atención (que podemos identificar con el consultorio del médico de la familia), acuden pacientes con enfermedades autolimitadas (que se curan solas), molestias, quejas o achaques para los cuales no es posible establecer un diagnóstico específico. En esos casos hay que utilizar el tiempo como recurso diagnóstico, siempre y cuando se hayan descartado los procesos graves o aquellos en que una demora pueda tener consecuencias desfavorables.⁽¹⁰⁾ Es preciso recordar la máxima: en los pacientes ambulatorios, aguardar la evolución del cuadro, bajo una observación estrecha puede ser vista como una prueba diagnóstica.

El profesor José Ángel Fernández Sacasas, ha realizado importantes consideraciones sobre un hecho ampliamente debatido en la medicina y que muchas veces dificulta el diagnóstico. Se trata del por qué muchas personas con la misma enfermedad no tienen obligatoriamente las mismas manifestaciones.

Él mismo señala que "no hay dos pacientes iguales, todos difieren en el orden biológico, psicológico, histórico-cultural, social y ecológico, por lo que cada paciente tiene una voz, una mirada, un color de los ojos, un color y textura del cabello, una marcha, un nivel cultural, una personalidad, una conducta social. Estos efectos de las distintas influencias ambientales matizan la expresión de la enfermedad de una manera particular en cada paciente, así como su respuesta al tratamiento y su recuperación. Ello ha originado la especulación de que no existen enfermedades sino enfermos, concepto válido a mi juicio solo para subrayar la variabilidad apuntada, pues en la realidad objetiva existen ambas instancias, la enfermedad y los enfermos. La tuberculosis, el dengue o las neoplasias solo se dan en los enfermos, pero a su vez constituyen una dimensión no solo conceptual sino también real (que afecta la salud personal y de la colectividad) que no puede ser ignorada".

Llegado el punto en que la hipótesis diagnóstica está planteada se comprueba entonces a partir de la

evolución del paciente o por el uso de exámenes. En los momentos actuales, con el desarrollo vertiginoso de la tecnología, se ha producido una situación en que no pocos médicos y pacientes han perdido la confianza en el interrogatorio, examen físico y razonamiento médico y sobrevaloran el uso de la tecnología en la determinación del diagnóstico. Una práctica viciosa que no resulta infrecuente es la tendencia a tratar "pruebas alteradas" en vez de a los pacientes de quienes proceden las pruebas.⁽²⁹⁾

Los exámenes complementarios tienen un uso definido:⁽³⁰⁾ son sólo un dato más en la atención al paciente, y como cualquier otro dato, pueden no ser enteramente confiables. Ellos no sustituyen al médico ni su razonamiento diagnóstico, solo amplían o magnifican el alcance de sus sentidos. Son indicados entre otras razones para reforzar, comprobar o rechazar una hipótesis diagnóstica.

Por último el método clínico se complementa con la conducta terapéutica en todos los aspectos: dieta, atención psicológica, indicación y control de los medicamentos con el objetivo fundamental de llevar al enfermo a su estado de salud. La terapéutica medicamentosa se cumple sobre la base de que no se deben aplicar los mismos medicamentos ni la misma dosis a un niño que a un adulto. Se debe llevar al paciente al estado funcional anterior y realizar un control estricto de las indicaciones, que es sin duda una parte fundamental del método clínico.

Este es uno de los aspectos en los que debemos trabajar, los que nos dedicamos a la enseñanza, pues aún nuestros médicos prescriben medicamentos por complacencia, como ejemplo más frecuente es la indicación de antibióticos en un paciente con afecciones respiratorias de etiología viral o por el contrario obviar en la terapéutica integral el tratamiento higiénico dietético, que tiene un valor esencial en muchas de las enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

La enseñanza del método clínico en el nivel primario de atención

Antes del triunfo revolucionario de enero de 1959, los estudiantes de medicina cubanos, se formaban bajo un modelo médico curativo que prestaba poca atención a la prevención y a la salud de la población.

Tradicionalmente los estudiantes eran egresados de preparatorias privadas y la formación médica era realizada en aulas con algunas rotaciones en hospitales. Los estudiantes pasaban poco o ningún tiempo en comunidades pobres y el sentido de responsabilidad social no era un objetivo de su plan de estudios. Este enfoque coincidía con un sistema de salud altamente privatizado, dirigido a satisfacer necesidades individuales de los pacientes.

Sin embargo a partir de los inicios de los años 60 se pusieron en práctica una serie de reformas en la formación médica dirigidas a la satisfacción de las

necesidades de lo que se había convertido en un solo sistema de salud pública que ofrecía atención gratuita en todos los niveles de atención.⁽³¹⁾

Con la introducción del modelo de medicina familiar, llevada a cabo durante la década del ochenta, los estudiantes de medicina comenzaron a tener contacto más directo con los pacientes y las comunidades desde su primer año de formación. Ya en los años noventa y debido a que la atención primaria se convirtió en eje de la formación se volvió requisito para casi todos los egresados, la realización de la especialidad en Medicina General Integral, como premisa para realizar una segunda, lo que permitió que estos especialistas se convirtieran en los profesores de los estudiantes de pregrado.

Las transformaciones sociales del último cuarto de siglo han hecho necesarios numerosos cambios en las organizaciones de asistencia sanitaria: estancias hospitalarias cada vez más cortas con cuidados ambulatorios cada vez más frecuentes; ingreso de pacientes cada vez más graves y más seleccionados; progresivo envejecimiento de la población, aumentando la prevalencia de enfermedades crónicas; crecimiento de la necesidad de cuidados a domicilio, incluidos los cuidados paliativos; necesidad de desarrollar una mejor comunicación médico-paciente e importancia del abordaje psicosocial para la atención adecuada de todos los procesos; necesidad de cuidados multiprofesionales y en equipo; protagonismo del paciente en la valoración y control de su propio proceso. Todos estos aspectos han justificado la necesidad de trasladar buena parte de la formación de los estudiantes de Medicina desde los hospitales hacia la atención primaria

La docencia médica pregrado en atención primaria permitiría: 1) mejorar la interacción entre el estudiante, el profesor-tutor y el paciente dentro de su comunidad, 2) proporcionar la mayor autonomía posible al estudiante, dentro de su experiencia y conocimientos, y 3) enfatizar la docencia en la toma de decisiones y situaciones complejas desde el punto de vista psicosocial.

A partir del curso 1997-1998 se comenzó a impartir la asignatura *Introducción a la Clínica en la Atención Primaria de Salud*, que contribuye al perfeccionamiento de la formación profesional, en tanto posibilita la adquisición de habilidades para realizar el examen físico adecuadamente en el medio donde desarrolle su labor, lo que se relaciona directamente con los problemas profesionales que el médico general básico debe resolver. Al culminar la asignatura los estudiantes podrán desarrollar las habilidades a adquirir en *Propeútica* y *Medicina Interna*, ya que le permitirá la familiarización con elementos propios de estas asignaturas, a la vez que le posibilita la visión integral del hombre sano para después adentrarse y reconocer las anormalidades que se le pueden presentar en su objeto de estudio.

Por primera vez, los inicios de la enseñanza del método clínico se desplazaron de los hospitales hacia el nivel primario de atención.

Durante los cursos académicos en que la asignatura se impartió, se pudieron realizar diversas investigaciones, en la que los estudiantes referían opiniones muy favorables en cuanto a su impartición teórica y práctica. En la mayor parte de las Facultades del país, el componente teórico se impartía por parte de los profesores de Medicina Interna de los diferentes policlínicos y la parte práctica se llevaba a cabo por los especialistas de MGI en los consultorios médicos de la familia.

Como señala el profesor Sacasas, la medicina clínica no se aprende en las aulas, en los laboratorios, ni en las computadoras, que desempeñan una importante labor complementaria al núcleo de su aprendizaje que ha sido, es y será, la implicación y participación de los educandos en el proceso de atención a la salud de las personas en su contexto natural y social.

Este enfoque resulta más abarcador que la enseñanza en la cabecera del enfermo, al dar espacios a escenarios distintos a los del hospital y a objetivos más amplios que el de la curación.

Algunas dificultades para la enseñanza del método clínico

La enseñanza clínica se desarrolla en medio de dos grandes contradicciones: por un lado, debe potenciar el aprendizaje de un método que requiere de una base intelectual que no ha sido consolidada en la enseñanza general ni en las ciencias básicas, por el otro, un claustro de profesores expertos en sus respectivas materias pero sin una formación pedagógica suficiente, y con un fondo de tiempo para las actividades docentes en franca competencia con la actividad asistencial.

La crisis del método clínico genera otra crisis: la de la enseñanza del método clínico, lo que genera el aprendizaje insuficiente de las habilidades de dicho método en la etapa de formación profesional. A continuación se exponen algunos aspectos que pueden resultar de utilidad en la comprensión de la pedagogía del método clínico.

La Universidad Médica tiene la responsabilidad, como parte esencial de su encargo social, la de la preparación de profesionales capacitados para solucionar los problemas de salud de la población. Una de las vías para este propósito es la solución de problemas clínicos, enmarcados en la enseñanza del método clínico, y donde se pone de manifiesto la influencia del binomio práctica médica-educación médica, ya definido con anterioridad.^(33,34) En consecuencia, la aplicación adecuada del método clínico ejercerá una influencia positiva en su enseñanza, pero las aberraciones en su utilización ejercerán una influencia contraria, a lo que habría que agregar otras deficiencias.^(35, 36)

El método clínico es ante todo un programa basado en la

adquisición de habilidades. ⁽³⁷⁾ Su enseñanza necesita de una metodología dirigida a la formación de las habilidades necesarias y no como en otras materias donde el énfasis fundamental se ejerce en la obtención de conocimientos. ^(38, 39)

La formación de las habilidades clínicas comparte los fundamentos pedagógicos del aprendizaje de las habilidades en la educación general. La escuela presta especial atención al desarrollo de las habilidades ⁽⁴⁰⁾ lo cual está en correspondencia con las propuestas educativas del mundo de hoy de permitirles a los estudiantes la adquisición de las habilidades que les permitan enfrentar con éxito los desafíos y situaciones que la vida les presenta. ⁽⁴¹⁾

La enseñanza de una habilidad requiere que ésta sea ejecutada por los estudiantes, de modo tal que comprendan su lógica. Las tareas docentes a ser resueltas por los mismos en la asignatura deben responder a la estructura funcional de la habilidad, que contempla tres etapas: la planificación, la ejecución y el control. ⁽⁴²⁾

Se define como habilidad clínica la habilidad para obtener información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de la información obtenida. ⁽⁴³⁾

Se reporta el aprendizaje de las habilidades clínicas cada vez con mayor frecuencia a través de simuladores y actores. ^(44, 45) También se reportan métodos basados en el trabajo, donde se incluyen la observación directa de las habilidades, la discusión de casos y los ejercicios de evaluación clínica mínima. ⁽⁴⁶⁾ Estos autores sostienen que la valoración clínica motiva al estudiante a interactuar con el paciente y ofrece un mayor soporte en la formación de habilidades clínicas.

El examen físico del paciente es una parte importante en la enseñanza del método clínico. Aunque se ha cuestionado ⁽⁴⁶⁾ la pertinencia de su enseñanza detallada, los autores coinciden con Cassell y Boudreau en que la misma continúa siendo necesaria por muchas razones: es un método de probada utilidad diagnóstica; es particularmente efectivo en la diferenciación entre lo normal y lo patológico; todavía aventaja la tecnología en muchas entidades nosológicas (dermatológicas, neurológicas y del sistema músculo esquelético); involucra la observación como una de las habilidades fundamentales a reafirmar; constituye un mecanismo eficiente para el monitoreo de la respuesta terapéutica; representa una oportunidad única y apropiada para una relación tangible con el paciente; y por último, porque está ligado al origen y al *status* de la profesión.

La principal insuficiencia en la enseñanza del examen físico es que se realiza como un patrón rígido de búsqueda de signos. Cada enfermo y cada problema de salud son diferentes; por tanto, debe estimularse como nunca antes la aplicación del examen físico de forma reflexiva, adaptada a cada situación, personalizada, con un enfoque en primer lugar hacia lo funcional. Para lograrlo no solo se debe conocer la enfermedad que

posee la persona sino la persona que posee la enfermedad. ⁽³⁷⁾

La formación de la habilidad de razonamiento clínico, necesaria para la fase racional del diagnóstico médico, tiene un mayor grado de complejidad, primero porque no es observable, y segundo porque aún no se comprende bien el proceso de pensamiento involucrado, como ya se expresó con anterioridad.

Las investigaciones realizadas hasta el momento ⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾ no han podido determinar si el razonamiento clínico es el producto de la organización mental de los conocimientos, de las experiencias previas similares, o si es un proceso que ocurre de forma independiente y puede ser aprendido. Tampoco se puede asegurar que el método de solución de problemas garantice el desarrollo de esta habilidad, aunque hay opiniones que indican lo contrario. ⁽⁵⁰⁾

Se ha planteado ⁽⁴⁷⁾ que al parecer lo más importante no es el método a utilizar en la enseñanza sino involucrar a los estudiantes en la solución de la mayor cantidad posible de problemas clínicos, debidamente organizados didácticamente para optimizar el aprendizaje y la transferencia a situaciones nuevas. En opinión de los autores este planteamiento favorece la utilización del método de solución de problemas en la enseñanza clínica, lo cual también ha sido validado en un estudio realizado recientemente por uno de los autores. ⁽⁵¹⁾

La habilidad de razonamiento clínico se identifica con las habilidades lógico-intelectuales que integran el sistema de habilidades propuesto para las ciencias de la salud. En dicho sistema se definen como lógico-intelectuales las habilidades de comparar, identificar, definir, clasificar, describir, explicar, interpretar y predecir, todas ellas asociadas al acto de diagnosticar.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta según el criterio de los autores, que diagnosticar, no es una habilidad porque involucra a todas las habilidades que integran el método clínico, y no sólo a las lógico-intelectuales. Siguiendo la concepción, diagnosticar es una facultad porque incluye múltiples habilidades. ⁽⁵²⁾ A las lógico-intelectuales habría que agregar también las habilidades clínicas y las de pensamiento lógico (análisis y síntesis, abstracción y concretización, generalización y particularización, y deducción e inducción). En consecuencia, se considera inadecuado definir como se ha constatado por los autores, ⁽⁵³⁾ un objetivo específico de una asignatura o disciplina del ciclo clínico con el infinitivo diagnosticar.

La indefinición en la terminología se pone de manifiesto también en documentos rectores de la docencia médica del Ministerio de Salud Pública, ⁽⁵⁴⁾ donde se llegan a definir y consignar por separado para su evaluación en las estancias y rotaciones del internado médico habilidades clínicas, habilidades diagnósticas y habilidades terapéuticas.

Otro elemento que genera confusión al considerar la enseñanza clínica es el término competencia clínica,

utilizado actualmente con frecuencia. Los autores sostienen que sin comprender aún varios aspectos de la enseñanza del método clínico, no es prudente introducir una nueva denominación en el sistema de habilidades.

La competencia clínica se define como el dominio de un conjunto de conocimientos y habilidades que generan actitudes humanísticas que se ponen en función de la solución de los problemas clínicos. Dichas habilidades están formadas por las habilidades clínicas, las técnicas y las interpersonales.⁽⁵⁵⁾ Esto significa para los autores, que para formar la competencia clínica de los estudiantes es indispensable el aprendizaje previo de las habilidades clínicas; sin la adquisición de estas no es posible el desarrollo de la competencia clínica. Por otro lado, dada la variedad de interpretaciones de la definición de habilidad clínica, resulta imposible determinar a cuál de ellas se hace referencia en el concepto propuesto.

Es innegable que la competencia clínica es uno de los indicadores más importantes en la evaluación de la calidad de la asistencia médica⁽⁵⁵⁾ porque se ajusta a la exigencia del mundo laboral, motivo por el cual surgió el término competencia, a finales de la década del setenta del siglo pasado.⁽⁵⁶⁾ En cambio, si no existe un programa de formación basado en competencias, como ya existe en otros países⁽⁵⁶⁾ es contradictoria la utilización del término competencia clínica en el proceso de enseñanza-aprendizaje del ciclo clínico.

Además de los ya analizados existen también otros aspectos que constituyen retos para la enseñanza clínica, según reportan algunos autores.^(57, 58) Entre estos se encuentran, la calificación de los docentes, el logro de experiencias clínicas estandarizadas para los estudiantes, dificultades en la utilización de pacientes estandarizados para el aprendizaje en la práctica. También se agregan los cambios ocurridos en los escenarios de aprendizaje: disminución en las

admisiones hospitalarias, con una menor disponibilidad de pacientes para la docencia y menos oportunidades para los estudiantes de observar, ser observados y practicar; salas de ingresados ruidosas; poco apoyo de enfermería en la docencia, y pacientes fuera de la sala por múltiples causas.

Consideraciones finales

Hoy se nos presenta un reto que atañe en particular a los profesores. A todos los de las especialidades clínicas, pero en particular a los de medicina interna y medicina general integral: restablecer todos los valores del método clínico y sembrar permanentemente sus principios en todos los médicos en formación.

La solución a todo este problema no es fácil. Se hace necesario educar a los alumnos, residentes y especialistas de todas las ramas clínicas en los principios del método clínico y para ello es imprescindible elaborar una política que se aplique sistemáticamente, sin excesos maniqueístas que tanto daño hacen, ni insuficiencias, por todos los niveles del sistema nacional de salud, desde las máximas estructuras de dirección hasta el último profesor. Se trata de dar una batalla — que será larga— por la divulgación, el conocimiento y el uso consciente y depurado del método clínico. En esa batalla habrá que rediseñarse conductas y abordar la solución de problemas objetivos que alimentan la conducta hacia el uso excesivo de los exámenes complementarios; pero al final ello redundará en una elevación de la calidad de la asistencia médica y un sustancial ahorro de recursos económicos.

Es de vital importancia para todos los médicos en nuestra sociedad la recuperación y aplicación del método clínico, ante un paciente que acude buscando lo más preciado que tiene un ser humano su salud, siendo dicho método uno de los pilares que nos conducirá al logro de la excelencia y la calidad en la atención médica.⁽⁵⁹⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. La Habana: Hospital "Carlos J. Finlay"; 1998.
2. Moreno MA. La contrastación. En: El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001. p. 144-66.
3. Sigerist HE. Los grandes médicos. Barcelona, España: Editorial Ave; 1949. p. 217.
4. Weatherall J. Crisis of communication: the lost of healing. Br Med J (ed. Latinoamericana). 1997; 5:287.
5. Hinich H. Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos. Gac Med Mex. 1990; 12: 72-6.
6. Selma-HouseinAbdo E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2002.
7. El conocimiento científico. Introducción a la Medicina General Integral. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2001. p. 49-50.
8. Castillo AM. Método epidemiológico: epidemiología. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1988. p. 23-4.
9. Martínez Calvo S. El análisis de la situación de salud: su historicidad en los servicios. Rev Cubana Salud Pública 1997; 23(1-2):47-54.
10. Sansó Soberats F. El análisis de la situación de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública 2003 jul.-sep.; 29(3): 27-32.
11. Díaz Novás J, Fernández Sacasas J, Guerrero Figueredo A. El diagnóstico en la atención primaria. Rev Cubana

- Med Gen Integr 1993; 9(2):150-5.
- 12.Arteaga Herrera JJ, Fernández Sacasas JA. Enseñanza de la Clínica. La Paz: Biblioteca de Medicina; 2000.
 - 13.Hinich H. Triunfos y fracasos de la medicina en Estados Unidos de América. Gac. Med. México 1990; 126: 72-6.
 - 14.Spiro HM. Doctors, patients and placebos. New Haven: Yale University Press; 1986.
 15. Barondess JA. Science in medicine: Some negative feedbacks. Arch. Inter. Med. 1974; 134: 152-7.
 16. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984; 101 (5):692-6.
 - 17.Noren J, Frazier T, Altmann I, De Lozier J. Ambulatory medical care: a comparison of internist and family general practitioners. N Engl J Med 1980; 302:11-6.
 - 18.Sierra T. El método científico aplicado a la clínica. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana; 1982. p. 39-40.
 - 19.. Beaumier A, Bordage G, Saucier D, Turgeon J. Nature of the clinical difficulties of first year family medicine residents under direct observations. Can Med Assoc J 1992;146(4):489-97.
 - 20.Naranjo P. Del Juramento Hipocrático a la Ética de la Salud Pública. Rev. Educación Médica y Salud. 1994; 28 (1): 3-6.
 21. Alemañy Martorel J, Villar Valdés R. Oftalmología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2005.
 - 22.Hernández HR. Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18 (2):11-9.
 - 23.García de Paz FA. El método clínico: necesidad y vigencia. Correo Científico Médico de Holguín. 2000; 4(1):56-62.
 24. Roméu EM, Castellanos JA. Desarrollo de habilidades clínicas. Valoración por los alumnos de sexto curso en la práctica profesionalizante [serie en Internet]. Medisur 2004; 2(3): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/140>
 - 25.Ilizástigui Dupuy F. El método clínico muerte y resurrección. Revista Cubana de Educación Médica Superior 2000; 14(2):109-22.
 - 26.Braunwald E. Harrison: principios de Medicina Interna. vol. 1. 11^{na} ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006. p. 1-14.
 - 27.Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 2001. p. 47-166.
 - 28.Kassirer JP, Kopelman RL. Learning clinical reasoning. Baltimore: Williams and Wilkins; 1991. p. 1-332.
 - 29.Fernández Sacasas J. La enseñanza de la clínica. Reflexiones sobre el tema. Rev Cubana Educ Med Super 2005 abr.-jun.; 19(2):34-41.
 - 30.Díaz Novás J, Gallego Machado B. La utilización de la tecnología adecuada. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16 (4):319-21.
 - 31.Fernández Sacasas JA. Educación médica superior: realidades y perspectivas a la puerta de un nuevo siglo. La Habana: Centro Nacional de perfeccionamiento médico; 1999.
 - 32.El pensamiento de Fidel en la salud pública y la medicina familiar cubana [CD]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2003.
 - 33.Díaz VE. El currículo y el profesor en la transformación del binomio práctica médica-educación médica. Rev Cubana Educ Med Super 2005 abr.-jun; 19(2): [aprox. 12 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_2_05/ems03205.htm
 - 34.Losada JL, Hernández NE. La calidad del proceso formativo en la universidad médica cubana. Gaceta Médica Espirituana 2006; 8(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.\(3\)_06/p6.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(3)_06/p6.html)
 - 35.Ilizástigui DF. Salud, medicina y educación médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
 - 36.Ilizástigui DF. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super 2000; 14(2):109-27.
 - 37.Cassell E, Boudreau D. Teaching the Clinical Method at McGill. Disponible en: <http://www.medicine.mcgill.ca/physicianship/Reports/Clinical%20Method%20Final%20Document.doc>. diciembre 22 de 2008
 - 38.Boulay C, Medway C. The clinical skills resource: a review of current practice. Medical Education 1999; 33:185-191.
 - 39.Stark P, Fortune F. Teaching clinical skills in developing countries: Are clinical skills centres the answer? Education for Health 2003;16(3): 298-306.
 - 40.Avendaño OR, Labarrere SA. Saber enseñar a clasificar y comparar. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989.
 - 41.Macedo B. Habilidades para la vida. Educación. 2006; 119: 2-7.

42. Rivera Michelena N. Proceso enseñanza aprendizaje: lecturas seleccionadas [material de la Maestría en Educación Médica]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000.
43. Rivera Michelena N. Un sistema de habilidades para las carreras de ciencias de la salud [material de la Maestría en Educación Médica]. En: Proceso de enseñanza-aprendizaje: Lecturas seleccionadas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2000. p. 72-8.
44. Makoul G, Altman M. Early assessment of medical students' clinical skills. Acad Med. 2002; 77(11):1156.
45. Millán TK, Ercolano MF, Pérez AM, Fuentes CF. Autoevaluación de habilidades clínicas básicas en médicos recién graduados de la Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Rev Med Chile. 2007; 135:1479-86.
46. Norcini JJ, Mckinley DN. Assessment methods in medical education. Teaching and teacher education. 2007; 23(3):239-50.
47. Norman G. Research in clinical reasoning: past history and current trends. Medical Education 2005; 39:418-27.
48. Mamede S, Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. Med Educ. 2004; 38:1302-6.
49. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. Acad Med 2004; 79: 1-12.
50. Vernon DTA, Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. Acad Med 1993; 68:550-63.
51. Losada GJL, Concepción PJA. Estrategia didáctica para contribuir a la competencia clínica de los estudiantes de la asignatura Urología en la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spiritus. Rev Cubana Educ Med Super. [en prensa]
52. Álvarez de ZC. La escuela en la vida. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1998.
53. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de la asignatura Urología. La Habana. Editorial Ciencias Médicas; 1985.
54. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Área de docencia. Instrucción V.A.D. Número 5 de 1991. La Habana: MInsap; 1991.
55. Borroto CR, Aneiros-Riba R, Baez MJM. La evaluación externa de la competencia clínica en el contexto de la educación en ciencias de la salud [material de la Maestría en Educación Médica]. La Habana: Minsap; 1996.
56. Ruiz IM. La respuesta educativa ante la formación de las competencias profesionales y laborales. Santa Clara: Centro de Estudios de Educación de la Universidad Central de Las Villas; 2002.
57. Meta TL, Joshua L, Jacobs R, Carol S. Kamin Video-enhanced problem-based learning to teach clinical skills. Medical Education. 2006; 40: 459-89.
58. Nair BR, Coughlan JL, Hensley MJ. Impediments to bed-side teaching. Medical Education. 1998; 32: 159-62.
59. Salas Perea RS. La calidad en el desarrollo profesional: avances y desafíos. Revista Cubana de Educación Médica Superior. 2000; 14(2): 136-47.