



Revista Cubana de Salud Pública

ISSN: 0864-3466

ecimed@infomed.sld.cu

Sociedad Cubana de Administración de Salud
Cuba

Cruz Hernández, Jeddú; Hernández García, Pilar; Dueñas Gobel, Nancy; Salvato Dueñas, Alena
Importancia del Método Clínico

Revista Cubana de Salud Pública, vol. 38, núm. 3, julio-septiembre, 2012, pp. 422-437

Sociedad Cubana de Administración de Salud

La Habana, Cuba

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21423096009>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Importancia del Método Clínico

Importance of the clinical method

Dr. Jeddú Cruz Hernández,^I Dra. Pilar Hernández García,^{II} Dra. Nancy Dueñas Gobel,^{III} Dra. Alena Salvato Dueñas^{IV}

^I Hospital Ginecobstétrico Docente "América Arias". La Habana, Cuba.

^{II} Hospital Pediátrico Docente "Marfán". La Habana, Cuba.

^{III} Hospital Pediátrico Docente "Pedro Borrás Astorga". La Habana, Cuba.

^{IV} Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana". La Habana, Cuba.

^V Hospital Pediátrico Docente "Centro Habana". La Habana, Cuba.

RESUMEN

El Método Clínico, surgido en la antigua Grecia con la escuela Hipocrática de Medicina, dicta un camino a seguir cuando de asistir, en general, a un enfermo se trata, en el cual la clínica tiene un lugar protagónico en la búsqueda del diagnóstico médico. Algunos de sus componentes fundamentales son, la relación médico-paciente, el interrogatorio y el examen físico, y la historia clínica, que constituye su herramienta más importante en la recogida de datos. Nos proponemos reflexionar entorno al Método Clínico para destacar su importancia en general y la de sus aspectos relacionados. Se abordan tópicos generales vinculados con esta forma de arribar a un diagnóstico médico como, la historia de su surgimiento, aspectos importantes sobre sus componentes fundamentales y el papel que han jugado diferentes figuras históricas de la Ciencias Médicas en su establecimiento y promoción. Finalmente, se hace referencia a la realidad cubana, en relación con este tema. El Método clínico no ha perdido vigencia, por el contrario, continua teniendo un lugar importante en el ejercicio racional y humano de la medicina actual.

Palabras clave: Método Clínico, diagnóstico médico, relación médico paciente, interrogatorio, examen físico, historia clínica.

ABSTRACT

The clinical method, which dates back to the ancient Greece thanks to the Hippocratic school of medicine, shows the road to follow when a patient is given assistance, since clinics has a leading role in medical diagnosing. Some of its fundamental components are relationship of the physician and the patient, the questioning, the physical examination and the clinical history, being the latter the most important tool in data collection. This paper was intended to analyze the clinical method in order to underline its general importance and that of other aspects related to it. General topics linked to this way of reaching the medical diagnosis were addressed, for example, the history of the emergence of the clinical method, the main characteristics of its fundamental components and the role played by several historical figures in medical sciences in setting and promoting this method. Finally, reference was made to the Cuban realities in terms of this issue. The clinical method is not outdated; it continues holding an importance place in the rational and human medical practice at present.

Key words: clinical method, relationship of physician and patient, questioning, physical exam, medical history.

INTRODUCCIÓN

En el libro "Barbarismo en Medicina" de *Carrera OG*, se define el término "clínica", entre otras acepciones, como el estudio de las enfermedades a la cabecera del paciente, siguiendo su curso y observando el efecto de los medicamentos y al "médico clínico", como al que cura siguiendo estas reglas. Los primeros en utilizar el vocablo clínica fueron los griegos y esta palabra se deriva de otra griega, *Klinikos*, que significa lecho; de ahí que se relacionara a la clínica con el arte médico que prescribía reglas para la curación de los enfermos a la cabecera del lecho. Asimismo, las primeras ediciones del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española no dieron razón de esta voz, la cual no fue incluida en el lexicon académico hasta la quinta o sexta edición.¹

Uno de los primeros médicos eminentemente clínicos de los que se reconoce han existido, fue *Hipócrates*. Nacido hace 25 siglos atrás en la Antigua Grecia, fundó una escuela médica que contribuyó a emancipar a la medicina de la religión y también la liberó de las exageradas especulaciones filosóficas. Destacó en su tiempo, como nadie lo había hecho antes, el valor supremo de la observación del enfermo y la acumulación de experiencias por parte del médico para poder realizar un diagnóstico correcto de las enfermedades, y fue también el primero en confeccionar historias clínicas.^{2,3}

Otro ilustre clínico nacido 400 años después de la muerte de *Hipócrates* en el Asia Menor Griega, fue *Galeno*, reconocido como el médico más famoso de su época y quien escribiera más de 500 libros de medicina. Se considera el fundador de la medicina experimental y de su nombre se deriva el término coloquial con el que se denomina a los médicos: galeno, palabra que no apareció en el diccionario académico con su significado actual hasta 1914.^{2,4} Por su parte, también fueron

grandes médicos clínicos los árabes, *Avicena*, *Avenzoar*, *Averroes* y *Abulcasis*, quienes ejercieron la profesión médica a principios de la Era Moderna.⁵

Más recientemente, grandes progresos médicos se han basado en la Clínica y, sobre todo, en el método de investigación observacional descriptivo, el más antiguo de todos los métodos investigativos. A su puesta en práctica se debe el descubrimiento, en las postrimerías del siglo XVIII, de la vacuna por el cirujano inglés *Eduardo Jenner*, y la consecuente erradicación de la viruela. También, el hallazgo de las causas de la fiebre puerperal por el médico húngaro *Ignacio Felipe Semmelweis*, a mediados del siglo XIX y, a finales de este, del bacilo de la tuberculosis por el bacteriólogo alemán *Roberto Koch*.⁶⁻¹⁰

Para los anglosajones el fundador de la Clínica Médica fue *Thomas Sydenham* (1624-1689), médico y líder político londinense, quien se considera también precursor de la Ciencia Epidemiológica debido a su enunciación de la Teoría de la Constitución Epidémica, basada en preceptos hipocráticos. Llamado por muchos el *Hipócrates inglés*, fue un médico de observación precisa y espíritu libre de prejuicios que se opuso a los sistemas médicos imperantes en su época y escribió extraordinarios libros médicos, siendo uno de los más importantes *Tractatus de podagra et hydropse* (1683) en el que diferencia la gota del reumatismo crónico.^{11,12} Asimismo, a la consecución de un saber clínico naturalizado, racionalista y moderno, pilar fundamental para la formación de la clínica y la epidemiología como ciencias, han contribuido además, la obra de los franceses, *Claude Bernard* (1813-1878) y *Louis Pasteur* (1828-1895).¹¹

Por su parte, muchos han sido los cubanos que se han destacado como eminentes practicantes del método clínico, entre los que cabe mencionar a los médicos, *Carlos J. Finlay*, descubridor, en 1881, del agente transmisor de la fiebre amarilla,^{6,12,13} y *Tomás Romy*, introductor y propagador de la vacunación antivariolosa en Cuba,¹⁴ y al doctor *Joaquín Albarrán*, quien fuera un ilustre urólogo, cuya obra científica en su campo fue reconocida como excelsa, incluso, mundialmente.¹⁵

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE

Es esencial que exista una relación cordial entre el paciente y el médico encargado de su atención para que pueda aplicarse eficazmente el método clínico durante la práctica médica asistencial.

La relación médico paciente constituye el aspecto más sensible y humano de la medicina y uno de los binomios de relaciones humanas más complejos. La comunicación entre el médico y el enfermo puede establecerse de forma verbal, para lo cual el primero puede utilizar como herramienta, la entrevista. La palabra tiene una función vocativa, reclamativa o de llamada, ora notificadora y ora nominativa o descriptiva, válida para cualquier integrante del binomio que se encuentre en la posición de emisor, en un momento dado. Pero el médico debe ser, ante todo, un paciente y comprensivo escucha.^{16,17} El famoso estudio de *Beckman y Frankel* realizado en 1984, puso de manifiesto la indisposición de los médicos para escuchar a los enfermos. Según esta investigación, los pacientes eran interrumpidos, como promedio, a los 18 s de haber comenzado a hablar y en ocasiones, cuando tan solo habían hablado durante 5 s. En la mayoría de los casos, los enfermos fueron interrumpidos inmediatamente después de haber expuesto únicamente el primer síntoma y solo el 20 % de los estudiados pudo completar el relato acerca de sus quejas.¹⁸

En general, el primer acto de comunicación entre el médico y el enfermo suele ser la mirada, que debe cuidarse por el primero que no sea desagradable, acusadora o prejuiciosa, aunque sí se acepta que sea perceptiva, inquisidora y objetiva, lo cual garantizará la búsqueda correcta de los signos de la enfermedad y hasta, si es posible, acogedora. En ocasiones, también son necesarios los silencios, que en muchos casos no constituyen, ni mucho menos, un momento vacío en la comunicación; sino, por el contrario, espacios llenos de sentido expresivo.^{17,19} Se reconoce que un gran número de los problemas que enfrentan los médicos en la actualidad en su quehacer profesional se deben fundamentalmente a causas como el ejercicio hegemónico de la práctica médica, la tecnificación excesiva de la profesión médica y la despersonalización a la que se somete al enfermo por algunos profesionales, lo que impide que se cumpla la frase de los clínicos franceses *Bernard y Gluber*, que sintetiza perfectamente lo que significa la personalización del acto médico: "curar a veces, aliviar con frecuencia, consolar siempre".²⁰⁻²⁵ Es por ello que actualmente cada vez más médicos deciden abandonar los estereotipos autocráticos de relación médico paciente y bajarse del pedestal que la tradición les otorgaba para "acercarse" cada vez más al enfermo.

Para que el médico pueda lograr el cariño y la admiración de sus pacientes, ha de ser, ante todo, un ente empático que, como dijera el psicólogo estadounidense *Daniel Goleman*, uno de los pioneros en el manejo del concepto de Inteligencia Emocional, significa ser poseedor de "la habilidad de saber lo que el otro siente", lo que de ningún modo equivale a ejercer una medicina paternalista.²⁶⁻²⁸ El médico, como dijera *José Luis Turabián*, es un "ingeniero de caminos", un constructor de puentes entre él, y sus conocimientos y contexto, y el paciente, con sus creencias, preocupaciones, vivencias y contextos, para encontrar un punto o un lugar donde pueda aplicarse una intervención efectiva.²⁹

EL MÉTODO CLÍNICO

Según *José A. Fernández Sacasas*, el Método Clínico es el método científico de la Ciencia Clínica, la que tiene como objetivo de estudio el proceso salud enfermedad (Periódico Granma; viernes 24 de enero de 2011, año 47/número 12). Toda práctica médica que no se base en el método clínico será ajena a la ciencia clínica y, en gran parte, responsable de la "mala práctica médica". Para los doctores *Fidel Ilizástigui Dupuy* y *Luis Rodríguez Rivera*, el Método Clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes. Ninguna técnica puede sustituir al pensamiento humano, al intelecto del hombre. La información que se obtiene de la evaluación clínica del paciente es siempre relevante y puede, incluso, ayudar a confirmar o negar un diagnóstico presuntivo. En opinión de *Evelio Cabezas Cruz*, con un buen interrogatorio y un examen físico completo se puede realizar un diagnóstico correcto en la mayoría de los casos (Periódico Granma; viernes 22 de octubre de 2010, año 46/número 251). Si se prescinde de la Ciencia Clínica o se elimina esta, la Medicina se encarecería notablemente y se haría, además, mecánica e irracional y hasta podría ser iatrogénica.^{30,31}

Debido a que cada persona es igual a las demás en algunos aspectos, pero, a su vez, es diferente en muchos otros, puesto que su constitución genética es diferente y también el medio ambiente que la ha rodeado, es que la expresión clínica y la evolución de una misma enfermedad que los afecte, son diferentes para cada enfermo. Se debe entonces por ello individualizar al enfermo. La relación entre la enfermedad y el enfermo es la misma que se da en la dialéctica entre lo general y lo singular. La enfermedad constituye lo general, que se estudia en un enfermo en particular. A su vez, casi nunca están presentes en un paciente todas las

manifestaciones clínicas conocidas de una enfermedad tal, sino que esta se presenta de una forma especial en cada sujeto afectado, lo cual motiva el surgimiento del conocido aforismo que dice que "no hay enfermedades sino enfermos".^{32,33}

Por su parte, el Centro de Estudios de Medicina Familiar "Ian McWhinney" de Argentina propone la puesta en práctica para la atención médica al enfermo del Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) que, a diferencia de la atención clínica centrada en la enfermedad, toma en cuenta, además de los aspectos biomédicos en la consulta, la experiencia humana de enfermar y los aspectos subjetivos en la relación médico paciente, e introduce la participación activa del enfermo en la toma de decisiones. Para poder implementar el MCCP se ha propuesto que han de tenerse en cuenta simultáneamente una serie de componentes interactivos como:³⁴

- Explorar la dolencia (dimensión humana de la experiencia de la enfermedad, su nivel de aceptación y adaptación a ello por parte del paciente, así como las ideas, vivencias y sentimientos de este respecto del problema) y la enfermedad (aspectos biomédicos).
- Comprender integralmente a la persona (en su contexto familiar social y biográfico).
- Encontrar un campo común en relación con el manejo del problema por parte del médico y el paciente.
- Incorporar la promoción de la salud y la prevención.
- Reforzar la relación médico paciente.
- Uso realista del tiempo y los recursos, lo que implica orientar la práctica clínica a las prioridades, necesidades y recursos del paciente y del médico, en el contexto donde se realizan los cuidados.

Entre los componentes del Método Clínico se encuentran:^{30,32,33}

- El interrogatorio.
- El examen físico.
- El diagnóstico médico.

Se ha dicho del interrogatorio o anamnesis, que constituye el arma fundamental del Método Clínico³² y el recurso clínico de exploración más difícil de dominar por parte del médico.³⁵ Según informa *Miguel Ángel Moreno Rodríguez*, más de una decena de investigaciones realizadas entre los años 1947 y 1993 en Inglaterra, Estados Unidos, España y otros países, demuestran que solamente con el interrogatorio se puede hacer el diagnóstico de la enfermedad del paciente en el 55-88 % de los casos³⁵ y como promedio, en el 73 % (Periódico Granma; miércoles 13 de octubre del 2010, año 46/número 243). Por su parte, *Alfredo Nasiff Hadad* expresa que si un galeno es capaz de inducir y conducir adecuadamente un interrogatorio, obtendría el diagnóstico correcto en un número elevado de los casos que atiende (Periódico Granma; martes 7 de diciembre de 2010, año 46/número 290) y en opinión de *Miguel Ángel Valdés Mier*, Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría, quien califica al Método Clínico como "el soberano", con una entrevista minuciosa al paciente y sus familiares se logra realizar el 60 % de los diagnósticos psiquiátricos de forma certera (Periódico Granma, miércoles 17 de noviembre de 2010, año 46/número 273). Con el interrogatorio se obtienen, entre otros datos,

los síntomas, que son las manifestaciones ostensibles de la enfermedad, "a la que siguen como su sombra", según decía *Galeno*.³⁵

El examen físico complementa al interrogatorio y aunque aporta menos al diagnóstico médico, difícilmente podría subestimarse su importancia. Se han enunciado algunos principios que deben cumplirse para garantizar la buena calidad de un examen físico como, que debe hacerse después del interrogatorio para que este pueda servir de guía, con minuciosidad y respetando un orden preestablecido, y en condiciones de privacidad para el paciente y físicas óptimas.³⁵ Con la realización del examen físico, se pretende encontrar los signos físicos de la enfermedad, que constituyen, según *José Díaz Novás*, las marcas objetivas y verificables de esta y representan hechos sólidos e indiscutibles.³⁶ Asimismo, no cabe dudas, que para ejecutar un buen examen físico, se necesite poseer, por parte del médico, habilidades que se irán perfeccionando cada vez más, en la medida en que se practiquen con mayor frecuencia.

En realidad, realizamos el interrogatorio y el examen físico para poder diagnosticar. No puede diagnosticarse lo que no se conoce o aquello en lo que no se piensa, por lo que para elaborar un diagnóstico correcto es muy importante, en general, tener algún conocimiento previo, tanto teórico como práctico.

Existen distintos métodos para ejecutar el diagnóstico clínico, los cuales dependen, entre otros aspectos, de la escuela médica a la que pertenece un galeno, de sus hábitos y experiencia personal, y de la especialidad que ejerce. En "el método del diagnóstico" se imbrican procedimientos científicos, empíricos y de observación con el proceso mental de razonamiento, que son interdependientes y complementarios. Por ello, no existe un diagnóstico absoluto, dado también que "el proceso de diagnóstico" no puede valorarse de forma descontextualizada.³⁰

Clásicamente, existen cuatro métodos para la búsqueda del diagnóstico: intuitivo, diferencial (o por comparación), inductivo e hipotético, pero siempre el resultado final del "diagnóstico médico" es una "probabilidad diagnóstica", una impresión diagnóstica, lo cual implica que existen varias alternativas diagnósticas posibles.^{30,35}

LA HISTORIA CLÍNICA

Se reconoce que *Hipócrates* fue el primer médico que elaboró una historia clínica y con su muerte, la práctica de confeccionar este tipo de documento inició un largo sueño, del cual despertó en el siglo xix, cuando se comenzó a darle importancia a la recogida de la vida del paciente, ya que podía actuar como condicionante de la enfermedad. Luego, a principios del siglo xx, se introduce la historia clínica para cada paciente en el "St. Mary's Hospital" y también por esos tiempos *Codman* (1869-1940) crea la historia llamada "de resultado final", estableciendo así las raíces de la auditoría y supervisión en salud actuales, pues se trataba con ella de definir si un mal resultado quirúrgico se debía a fallas diagnósticas, terapéuticas o al curso de la enfermedad. Por su parte, en 1931 *White* (1886-1973), planteó en sus escritos que los datos a obtener del enfermo debían determinarse con anterioridad y precisó qué tipo de información quería recoger mediante el interrogatorio, la exploración física y los estudios de laboratorio, y la importancia de exponer las características que revelan la personalidad del paciente.³⁷⁻⁴⁰

Existen múltiples definiciones de historia clínica. Una de ellas la define como el conjunto de documentos relativos al proceso de asistencia y estado de salud de una persona realizado por un profesional sanitario, mientras que otra refiere que

constituye el conjunto de documentos surgidos de la relación entre el médico y el paciente.^{38,39} Constituye un documento complejo, pues está compuesto por diversos elementos o partes, que surge como resultado de un trabajo de selección y organización de un material de base que se recoge en una o en diversas fases de la relación terapéutica, siguiendo diferentes modalidades de obtención de la información.⁴¹

Para algunos, la historia clínica es el instrumento básico de la atención médica, de la actividad sanitaria asistencial, y constituye una fuente esencial de información acerca de los problemas de salud de una persona tanto como una medida de la pericia del médico.^{37,39,40} Según *Raimundo Llanio Navarro*, realizar una correcta historia clínica "no es una tarea fácil"; esta labor exige tiempo y paciencia, y que se establezca entre el enfermo y el médico una buena interrelación.⁴²

Aunque no existe un modelo "ideal" de historia clínica, se considera, en general, que esta debe constar de las siguientes características: veracidad, exactitud, claridad, rigurosidad y exhaustividad, en cuanto a los datos registrados. Debe ser además, única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debe existir un sistema eficaz de obtención y de recuperación de la información clínica que contiene, ya que constituye el documento principal en el sistema de información hospitalaria. La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia brindada al paciente. Esta no se escribe únicamente para consumo de quien la redacta, no es un documento personal, sino un documento institucional, que puede ser consultado por otros profesionales, aunque estos, en particular, no hayan contribuido a su realización.^{37,43,44}

La principal función de la historia clínica es la clínico asistencial, lo cual se deriva del motivo por el que se genera: la necesidad de tener agrupada toda la información sobre un sujeto, relacionada con la enfermedad que padece, lo que permite la atención continuada de este por los profesionales de la salud. Otras funciones son: la docente, la investigativa, la judicial, la administrativa y la de servir de instrumento para controlar y evaluar la calidad de la actividad asistencial.³⁸⁻⁴⁰

Uno de los pilares básicos de la relación médico paciente es el secreto profesional. En la historia clínica se escribe información recogida de los pacientes que solo las confían al médico encargado de su atención, lo que hace de esta un documento de carácter confidencial. Como privacidad y confidencialidad implican respeto a la autonomía de la persona, cualquier profesional que tenga acceso en su actividad diaria asistencial, docente o investigativa a la información recogida en la historia clínica, tiene la obligación de mantener la privacidad de esta información.^{39,45}

Según los doctores *Fidel Ilizastigui Dupuy* y *Luis Rodríguez Rivera*, para que la historia clínica esté a la altura de la ciencia clínica debe cumplir, entre otros, los siguientes requisitos:^{28,33}

- La información que recoge debe ser real, esencial y necesaria.
- Los problemas de salud individual deben estar bien identificados.
- Las hipótesis diagnósticas deben estar bien precisadas.
- La indicación de los exámenes complementarios debe estar justificada.
- La conducta terapéutica tomada debe estar justificada.
- Debe hacer referencia a la información brindada al paciente, en relación con su proceso mórbido, y a su conformidad, en cuanto a las decisiones médicas sobre su persona.

- La evaluación se debe expresar exponiendo el pensamiento científico.
- El egreso debe ser un resumen de cada problema del paciente y de las orientaciones médicas para darle solución a estas.

EL DIAGNÓSTICO MÉDICO

En los albores de la humanidad, los sanadores no practicaban ante el enfermo la actividad conocida en la actualidad como diagnóstico, porque en los hombres primitivos, muy próximos todavía a la pura animalidad, el instinto dominaba ampliamente sobre la razón, lo cual dio lugar a una asistencia al enfermo puramente instintiva y meramente terapéutica. De esta primera etapa se pasó luego en un período todavía primitivo de la vida humana, a una práctica del diagnóstico orientada según dos líneas diferentes, la natural y la sobrenatural.⁴⁶

El acto de nombrar un modo de enfermar se aproximó mucho más a ser un verdadero diagnóstico en el Egipto antiguo, en la antigua China, en la India antigua y en la Grecia anterior al siglo V a. C., pero en ningún modo puede hacerse equivalente la simple nominación de enfermedad a la actividad diagnóstica. *Pedro Laín Entralgo* llamó a este proceso que consistía en dar nombre a la enfermedad de un individuo, "nominación cuasidiagnóstica", cuya proximidad al verdadero diagnóstico, según refiere, puede ser muy grande. Para este investigador, solo con los médicos hipocráticos, específicamente con *Alcmeón de Crotona*, comienza formalmente la historia del diagnóstico médico y refiere que, en relación con el conocimiento médico de la enfermedad, lo que hicieron los hipocráticos fue elevar a diagnóstico propiamente dicho el ejercicio y el concepto de esa actividad. *Laín Entralgo* denominó a esta forma pionera de diagnosticar como, "paradigma antiguo" y consideró que el diagnóstico médico inicia su "paradigma moderno" con *Sydenham*.^{2,46,47}

La palabra diagnóstico significa conocer atravesando o recorriendo, y para el médico hipocrático, en suma, diagnosticar era conocer una enfermedad individual sabiendo distinguirla de las restantes, especialmente de las semejantes a ella, y siendo capaz de conjeturar imaginativa y razonablemente lo que tras su aspecto perceptible hubiera, en tanto que causa y mecanismo anatomofisiológico, en el seno de la psiquis del enfermo.⁴⁶

Para *Laín Entralgo*, tres son los requisitos que caracterizan el acto de diagnosticar:⁴⁶

- La denominación de la enfermedad.
- Estar regido por un método, del cual es más o menos consciente el que lo emplea (conciencia metódica).
- La palabra con que la enfermedad es denominada debe ser un verdadero término técnico; es decir, un vocablo que designe precisamente aquello a que se aplica y cuya significación sea unívocamente entendida por todos los que como "técnicos" en su oficio la emplean.

Así, desde los tiempos de *Hipócrates* el diagnóstico de la enfermedad y su natural consecuencia, el pronóstico sobre su evolución, es considerado el núcleo central del saber médico, aquello que da razón de una profesión que se funda en el conocimiento justificado por la experiencia y no en la simple intuición o en recursos

discursivos, razonables pero infundados. *Hipócrates* mismo lo presenta diciendo que el orgullo médico no es tanto el curar las enfermedades, algo que en ocasiones no permite el desarrollo del conocimiento, sino que se cumpla aquello que se pronostica y, como se sabe, no hay pronóstico correcto sin un buen diagnóstico.⁴⁷

El diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un "cuadro clínico", destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente.⁴⁸ Otro concepto de diagnóstico podría ser el proceso cognoscitivo que desarrolla un profesional con el objetivo de identificar en un individuo o un grupo de ellos los componentes de relaciones esenciales del proceso salud-enfermedad.⁴⁹

La finalidad esencial del proceso de diagnosticar, no es la creación de nuevos conocimientos y esta es su diferencia básica con el proceso de investigación científica. Para llegar a un diagnóstico, el médico necesita utilizar métodos cognoscitivos como, el análisis y la síntesis, y la abstracción y la generalización, entre otros, y formas lógicas del pensamiento como, el concepto, el juicio y el razonamiento. Asimismo, el proceso diagnóstico no es secuencial ni unidireccional, sino que durante este constantemente se están evocando nuevas hipótesis y eliminando otras, en la medida en que se va disponiendo de más información. El diagnóstico clínico tiene diferentes grados de abstracción que abarcan, el sintomático, el sindrómico, el etiológico, el fisiológico y el nosológico, considerándose a este último el prototipo, el sumario de los demás y el sustento de las decisiones. Expresar en términos sintéticos lo que padece un enfermo, constituye una habilidad característica de la pericia clínica, pues señalar el nombre de la enfermedad que aqueja al paciente suele ser un paso obligado para todas las decisiones que trascienden hacia este y completa un proceso de síntesis que fue precedido de un examen juicioso de los indicios.⁴⁷⁻⁵⁰

Como principios del razonamiento diagnóstico se deben tener en cuenta los siguientes:³⁶

- Hacer un resumen objetivo del caso.
- Ordenar la información.
- Jerarquizar los síntomas y signos de acuerdo con su sensibilidad, especificidad, valor predictivo, importancia relativa en la fisiopatología de la enfermedad y potencial gravedad, entre otros aspectos.
- Agrupar los síntomas y signos encontrados.
- Distinguir entre síndromes "duros" (los más importantes) y "blandos".
- No hipertrofiar el diagnóstico con la creación de síndromes artificiales.
- Ir del síntoma y signo al síndrome, la nosología y la etiología.
- Tener una visión holística, evitando el reduccionismo.
- Existen enfermos, no enfermedades

Asimismo, se ha señalado también que el trípode en el que se sustenta el diagnóstico clínico comprende, la evidencia, el conocimiento y el razonamiento; es decir, lo que el paciente manifiesta, lo que el médico sabe y cómo procesa mentalmente la información procedente de estas dos fuentes.⁵⁰ Por otra parte, se acepta que existen etapas en el proceso intuitivo que representa realizar un diagnóstico:⁴⁸

- Generación de las hipótesis diagnósticas.
- Afinamiento de las hipótesis diagnósticas.
- Verificación del diagnóstico.

Al diagnóstico se le reconocen cuatro utilidades básicas:⁵⁰

- Taxonómica: que tiene que ver con la teoría ontológica de la enfermedad, que considera que esta tiene esencia por sí misma; es decir, que existe independientemente de que en ese momento la padezca o no algún individuo. Como cualquier ente, las enfermedades pueden clasificarse y lo más importante, a cada entidad nosológica corresponde una entidad terapéutica.
- Referencial o denotativa: muy vinculada con la anterior, se relaciona con designar la enfermedad que afecta al paciente y conformar "un idioma" de enfermedades, lo que facilita la comunicación entre los expertos. La función taxonómica propicia, sobre todo, decisiones en el terreno de la salud pública y en el de la administración de los servicios de salud, mientras que la referencia lo hace en el intercambio de información y en la construcción del conocimiento.
- Explicativa: permite entender lo que le sucede a un paciente. Contribuye a aproximar un poco la enfermedad al enfermo. Es una función esencialmente didáctica.
- Ejecutiva: es en la cual un umbral de precisión resulta crítico. El diagnóstico constituye un elemento fundamental para la decisión terapéutica y esta es la responsabilidad central del médico clínico.

Gran parte del tiempo dedicado a la práctica clínica lo utilizamos en hacer diagnósticos. El enunciado de un diagnóstico constituye la culminación de una serie de procesos mentales que distinguen al médico experto. Todos necesitan un diagnóstico confiable para poder adoptar conductas terapéuticas correctas y emitir un pronóstico. El diagnóstico es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica una buena atención médica. Si este es incorrecto, con mucha probabilidad llevará a conductas o decisiones erróneas, no exentas de riesgo.

EL MÉTODO CLÍNICO EN CUBA

En Cuba, han existido eminentes médicos clínicos. Por solo mencionar algunos, ya que una revisión exhaustiva acerca del tema requeriría de la realización de una extensa revisión monotemática, nos referiremos en primer lugar a las figuras de *Nicolás Gutiérrez Hernández*, médico cirujano fundador de la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana, y a *Tomás Romay Chacón*, al que se le considera el iniciador del primer movimiento científico que se desarrolló en la Isla durante el período colonial y quien fue el difusor de la vacunación antivariólica en Cuba.^{12,14,51-54}

Otros ilustres clínicos cubanos fueron, *Manuel González Echeverría*, quien sobresalió en el campo de las investigaciones de las enfermedades mentales y nerviosas, *Joaquín Albarrán Domínguez*, cuya obra científica en el campo de la Urología lo consigna como uno de los más importantes especialistas de esa disciplina a escala mundial, *Juan Guiteras Gener*, preclaro higienista, y *Ángel Arturo Aballí Arellano*,

considerado como uno de los pediatras más importantes de la historia de la medicina cubana.^{15,55-59}

Más recientemente, defensores acérrimos de la importancia del método clínico en la enseñanza de la medicina han sido los galenos *Luis Rodríguez Rivera*, *Miguel Ángel Moreno Rodríguez* y *Fidel Ilizástigui Dupuy*, de quien dijera *José A. Fernández Sacasas*, se considera la figura cimera en Cuba de la Educación Médica de su tiempo y acaso de todos los tiempos.⁶⁰

Si bien durante siglos el Método Clínico fue puramente clínico, desde que surgió el laboratorio, lo que este aporta ha quedado plenamente integrado al método porque los complementarios tienen un papel no solo importante, sino, a veces, decisivo en el proceso del diagnóstico. Sin embargo, en el Método Clínico es precisamente la clínica la que guía al laboratorio y no debe ser a la inversa porque la primera variante constituye la única forma humanizada de actuar, de encontrar racionalmente la verdad, y de evitar muchos errores, pérdida de tiempo, gastos innecesarios de recursos y riesgos para el paciente.⁶¹⁻⁶³

Eugenio Selma-Housein Abdo propone que se tengan en cuenta algunos principios, cuando de indicar racionalmente algún complementario o prueba que se considere necesario para avalar o "apoyar" un diagnóstico, se trata:³²

- No indicar alguno cuyo resultado no contribuya a variar la conducta médica.
- Ir de los exámenes más simples a los más complejos.
- No realizar sistemáticas de exámenes o los llamados "perfiles".
- Aportar datos clínicos suficientes al indicar algún complementario.
- Interconsultar con los médicos de especialidades diagnósticas la conveniencia de la realización de algún complementario.

Por otro lado, también se impone en estos tiempos la necesidad del uso con medida de los recursos terapéuticos. En la cultura contemporánea, el medicamento tiene un lugar protagónico al final del proceso diagnóstico. En ocasiones, la prescripción de un medicamento constituye erróneamente, por parte del paciente, la única forma de valorar como satisfactoria la atención médica. En la actualidad, el arsenal terapéutico de que se dispone para el tratamiento de las enfermedades es enorme, y es una responsabilidad del médico clínico indicar los medicamentos de forma acertada y racional, en correspondencia con el problema detectado y la hipótesis diagnóstica sostenida, con real conocimiento de sus acciones y riesgos.

Los extraordinarios progresos de la Medicina en los últimos 50 años, no han constituido evidencia de que los exámenes complementarios puedan sustituir a la habilidad clínica del médico en la atención al paciente, por lo que lejos de poderse pensar en la muerte del Método Clínico, consideramos que su vigencia e importancia en la medicina contemporánea son incuestionables.

La Medicina tiene permanentes problemas morales, dos de los cuales son particularmente serios en la época actual: la insensibilidad hacia el sufrimiento y el abuso de poder. Causa del primero, es el distanciamiento del paciente por parte del médico y del segundo, el mal uso de los medios diagnósticos. Solo la aplicación del método clínico en la práctica diaria de la medicina asistencial puede ayudar a resolver estos problemas. Por otro lado, como dijera *Roberto Hernández Hernández*, los profesionales cubanos tenemos la obligación moral de utilizar racionalmente los

recursos de los que disponemos ⁶⁴ y, en relación con la Medicina, podemos lograrlo, más que con otra alternativa, por medio de la aplicación del Método Clínico.

CONSIDERACIONES FINALES

El Método Clínico es una guía de trabajo elaborada por el profesional médico, aplicable a la instancia de la consulta médica, que tiene entre sus pilares básicos la relación médico-paciente y una herramienta de registro, la historia clínica, con el objetivo de llegar a un diagnóstico contextualizado de la enfermedad que afecta a un individuo. Ni la mejor tecnología puede sustituirlo en esta función, de lo cual debe estar consciente todo profesional de la salud que desee brindar una atención esmerada a los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carrera OG. Clínica, clínico. En: Carrera OG. El Barbarismo en Medicina. D. F. México: Editorial Uteha; 1960. p. 49-63.
2. Moreno MA. Hipocratismo, galenismo, los clínicos y el método. En: Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p. 31-46.
3. Farrerons X. El Eón Barroco en la medicina griega. En: Farrerons X. Las Dos Medicinas. Historia compendiada de la Medicina de Eones. Barcelona: Editorial ESPAXS; 1997. p. 29-40.
4. _____. Galeno. En: Farrerons X. Las Dos Medicinas. Historia compendiada de la Medicina de Eones. Barcelona: Editorial ESPAXS; 1997. p. 41-46.
5. _____. La medicina de los árabes y de pueblo de Israel. En: Farrerons X. Las Dos Medicinas. Historia compendiada de la Medicina de Eones. Barcelona: Editorial ESPAXS; 1997. p. 47-58.
6. Quijano F. Grandes progresos médicos basados en la clínica. Rev Med IMSS. 1998;36(4):333-5.
7. Venzmer G. El salvador de las madres. En: Venzmer G. El hombre vence a los microbios. Barcelona: Editorial Atalaya; 1943. p. 17-23.
8. _____. Cómo descubrió Roberto Kock el bacilo de la tuberculosis. En: Venzmer G. El hombre vence a los microbios. Barcelona. Editorial Atalaya, 1943. p. 55-63.
9. _____. ¡Protección contra las enfermedades infecciosas! En: Venzmer G. El hombre vence a los microbios. Barcelona: Editorial Atalaya; 1943. p. 105-16.
10. De Kruif P. Roberto Koch. La lucha contra la muerte. En: De Kruif P. Los cazadores de microbios. Buenos Aires: Editorial Claridad; 1944. p. 113-48.
11. De Almeida N, Zélia M. Historia de la Epidemiología. En: De Almeida N, Zélia M. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2008. p. 21-42.

12. Roig E. Finlay, descubridor del agente trasmisor de la fiebre amarilla. En: Roig E. Médicos y Medicina en Cuba. La Habana: Editorial Academia de Ciencias de Cuba; 1965. p. 119-26.
13. López JA. La prioridad de Carlos J. Finlay en el descubrimiento del vector amarílico. ACIMED [Internet]. 2004 [citado 25 Abr 2011];12(1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v12n1/aci07104.pdf>
14. Roig E. Tomás Romay enaltecido por la Escuela Pública cubana. En: Roig E. Médicos y Medicina en Cuba. La Habana: Editorial Academia de Ciencias de Cuba; 1965. p. 51-9.
15. _____. Pequeñas biografías de grandes cubanos: Álvaro Reinoso, Joaquín Albarrán y Manuel González Echevarría. En: Roig E. Médicos y Medicina en Cuba. La Habana: Editorial Academia de Ciencias de Cuba; 1965. p. 71-4.
16. García JL. Relación médico-paciente en un modelo de comunicación humana. Rev Med IMSS. 1999;37(3):213-20.
17. Cía P. La comunicación con nuestros enfermos. Arch Fac Med Zaragoza. 2000;40(1):8-11.
18. Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behaviour on the collection of data. Ann Intern Med. 1984;101(5):692-6.
19. Muniagurria AJ. Algunas apreciaciones sobre el Método Clínico. Rev Anuario Fundación Dr. J. R. Villavicencio. 2004;XII:23-5.
20. Dobler IF. La responsabilidad del médico en su ejercicio profesional. Rev Med IMSS. 2000;38(3):169-70.
21. Alonso C. La responsabilidad profesional del médico. Rev Asoc Méd Argentina. 1999;112(4):48-53.
22. Portillo J. Arte médico y responsabilidad humana. Nueva época/Salud Problema. 1999;4(6):7-15.
23. Seoane A. Sobre el médico y el enfermo. Gac Med Bilbao. 1997;94(2):59-60.
24. Jinich H. Ciencia, tecnología y humanismo en medicina. Gac Méd Mex. 1990;126(6):481-6.
25. Neighbour R. Modelos de consulta. En: Neighbour R. La consulta interior. Cómo desarrollar un estilo de consulta eficaz e instructivo. Barcelona: Editorial J & C; 1998. p. 31-54.
26. Comas JR. La relación médico-paciente. Arch Neurocién Mex. 2002;5(3):160-4.
27. Galán JC. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev Méd Uruguay. 1999;15(1):5-12.
28. González R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30(2):160-4.

29. Turabián JL. El médico de familia es un ingeniero de caminos. JANO. 2003;LXIV(1465): 10.
30. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Méd Super. 2000;14(2):109-27.
31. Monzón M, Planells MA, Merodio G, Cassola FH. La aplicación del método clínico en la investigación científica de la salud. Rev Méd Electrónica. 2007;29(4).
32. Selman-Housein E. El método clínico. En: Selman-Housein E. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 10-44.
33. Ilizástigui F, Rodríguez L. Método clínico. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 15-28.
34. Centro de Estudios en Medicina Familiar (CEMF) "Ian McWhinney" [Internet]. Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP). Argentina: Centro; 2007 [citado 25 Abr 2010]. Disponible en: <http://aequus.blogspot.com/2007/08/metodo-clinico-centrado-en-el-paciente.html>
35. Moreno MA. El interrogatorio y el examen físico. En: Moreno MA. El Arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p. 75-98.
36. Díaz J, Gallego B, León A. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. Rev Cubana Med Gen Intergr [Internet]. 2006 [citado 25 Abr 2011];22(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm
37. Moreno MA. El registro de la información. En: Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p. 99-112.
38. Alonso JL. La historia clínica electrónica: ideas, experiencias y reflexiones. ACIMED [Internet]. 2005[citado 25 Abr 2011];13(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol13_5_05/aci02505.htm
39. Martínez J. Historia Clínica. Cuad Biot. 2006;XVII(1ª):57-68.
40. Barreto J. La historia clínica. Documento científico del médico. Ateneo. 2000;1(1):50-5.
41. Rovaletti MC. La "historia clínica": entre la verdad factual y la verdad narrativa. Acta Fenomenológica Latinoamer. 2009;III:743-51.
42. Llanio R. Prólogo. En: Llanio R. Historia clínica. La mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987. p. 4-6.
43. Ilizástigui F. Historia clínica estructurada por problemas. En: Nassiff A, Rodríguez HM, Moreno MA: Práctica clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 41-54.
44. Llanio R. Historia clínica en la Atención secundaria. En: Llanio R. Historia clínica: La mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987. p. 19-40.

45. Rodríguez H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. *Rev Med Uruguay*. 2001;17(1):17-23.
46. Laín P. Los orígenes del diagnóstico médico. *Acta Hispanica ad Medicinal Scientiarumque Historiam Illustrandam*. 1981:3-15.
47. Lorenzano C. Subjetividad y procesos cognitivos. *Diagnóstico*. 2006;8:149-173.
48. Capurro D, Rada G. El proceso diagnóstico. *Rev Méd Chile*. 2007;135:534-8.
49. Pérez NM. El diagnóstico médico: algunas consideraciones filosóficas. *Rev Ciencias [Internet]*. 2006 [citado 25 Abr 2010]. Disponible en: <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEupZkVIEuXvYniVfH.php>
50. Lifshitz A. La confianza en un diagnóstico. *Rev Med IMSS (Méx)*. 1996;34(3):183-7.
51. García Blanco R. Gutiérrez Hernández, Nicolás José. En: García Blanco R, Coordinador-editor, Bello Canto S, editor. *Cien figuras de la ciencia en Cuba*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 212-4.
52. _____. Romay Chacón, Tomás. En: García Blanco R, Coordinador-editor, Bello Canto S, editor. *Cien figuras de la ciencia en Cuba*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 359-62.
53. _____. Finlay de Barnes, Carlos Juan. En: García Blanco R, Coordinador-editor, Bello Canto S, editor. *Cien figuras de la ciencia en Cuba*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 177-82.
54. Roig E. Nicolás José Gutiérrez. En: Roig E. *Médicos y Medicina en Cuba*. La Habana: Editorial Academia de Ciencias de Cuba; 1965. p. 75-8.
55. García Blanco R. González Echeverría, Manuel. En: García Blanco R, Coordinador-editor, Bello Canto S, editor. *Cien figuras de la ciencia en Cuba*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 193-5.
56. _____. Albarrán Domínguez, Joaquín. En: García Blanco R, Coordinador-editor, Bello Canto S, editor. *Cien figuras de la ciencia en Cuba*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 91.
57. _____. Guiteras Gener, Juan. En: García Blanco R, Coordinador-editor, Bello Canto S, editor. *Cien figuras de la ciencia en Cuba*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 205-7.
58. _____. Aballí Arellano, Ángel Arturo. En: García Blanco R, Coordinador-editor, Bello Canto S, editor. *Cien figuras de la ciencia en Cuba*. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. p. 73-6.
59. Roig E. Juan Guiteras y Gener: Uno de los higienistas más notables del mundo. En: Roig E. *Médicos y medicina en Cuba*. La Habana: Editorial Academia de Ciencias de Cuba; 1965. p. 79-100.
60. Fernández JA. Prólogo. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA, editores. *Práctica clínica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2010. p. 7-11.

61. Moreno MA. La contratación: la tecnología en el diagnóstico. En: Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p. 141-66.
62. _____. Método clínico, buenas prácticas clínicas y profesionalismo médico. En: Nasiff A, Rodríguez HM, Moreno MA. Práctica Clínica; 2010. p. 55-66.
63. Rodríguez MA. Relación médico-paciente y el método clínico. En: Rodríguez Mar. Relación Médico-Paciente. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008. p. 10-12.
64. Hernández R. Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev Cubana Med Gen Integr[Internet]. 2002 [citado 25 Abr 2011];18(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi11202.htm

Recibido: 7 de febrero de 2011.

Aprobado: 9 de noviembre de 2011.

Jeddú Cruz Hernández. Hospital Ginecobstétrico Docente "América Arias". Línea y G. El Vedado 10400. La Habana, Cuba. Teléf.: 832 1323. Correo electrónico: celsocruz@infomed.sld.cu