

ARTÍCULO DE REVISIÓN

El método Clínico: Perspectivas actuales.**The Clinical Method: Current Perspectives.**Adonis Frómata Guerra¹, Sandra Amalia Sánchez Figueredo¹, Mónica Alejandra Maya Castro¹, Jaime Jara Lalama², Diego Vladimir Valarezo Sevilla¹.

DOI. 10.21931/RB/2017.02.01.8

RESUMEN

El método clínico representa los pasos ordenados que todo médico debe aplicar en la búsqueda del diagnóstico definitivo, con un umbral de certeza adecuado. Es equivalente al método científico, pero aplicado al área de las ciencias clínicas. Durante los últimos años se han evidenciado circunstancias que han provocado que no se aplique correctamente, con resultados adversos tanto para el médico, como para el paciente y su familia. En el presente estudio, se realiza una revisión sobre el método clínico, su importancia, principales determinantes, vulnerabilidad y perspectivas actuales.

Palabras clave: diagnóstico clínico, medicina clínica, método clínico.

ABSTRACT

The clinical method represents the sequential steps every physician should apply while assessing a definite diagnosis, with an adequate certainty threshold. It is equivalent to the scientific method, but applied to clinical science areas. During the last few years, there have been several circumstances where it is not correctly incorporated into the clinical practice, leading to adverse effects not only for the health care professional, but also for the patient and even their family. This study focuses on the clinical method, its importance, key incorporating factors in the clinical process, vulnerability and current perspectives.

Keywords: clinical diagnosis, clinical medicine, clinical method

Introducción

El método clínico es el proceso sistemático por el cual los médicos logran diagnosticar una enfermedad¹. Para entender la importancia del método clínico, debe estar claro que el objetivo de la atención al individuo enfermo es la curación² y para lograrlo, se debe encontrar el diagnóstico correcto y prescribir el tratamiento adecuado para el problema de salud que adolece el paciente².

Por lo tanto, el método clínico tiene como objetivo el conocimiento del proceso salud-enfermedad del paciente; no sólo involucra el conocimiento clínico sino también epidemiológico y social, ya que, para analizar una enfermedad se debe tomar en cuenta todos los factores asociados al paciente,³ en el contexto bio-psico-social.¹

Al involucrar factores del paciente y su entorno, como epidemiología, incidencias y prevalencias de enfermedades, entidades agudas y crónicas, y problemas conductuales del ser humano, entre otros; el método clínico se convierte en un juego probabilístico^{3,4}, evita las aproximaciones gestálticas o heurísticas⁵. El método clínico, también llamado proceso de diagnóstico, conserva las técnicas utilizadas para llegar a la confirmación de una hipótesis, a través del interrogatorio, examen físico y razonamiento^{1, 2}. Al ser un proceso metódico, sistemático, evita que el médico emita afirmaciones por sentido común o falsas premisas, que, si es verdad, en algunas ocasiones pueden coincidir con la enfermedad del paciente, no es una regla⁶.

En otras palabras, gracias al método clínico se producen conocimientos valerosos y objetivos, cuyo resultado es un conocimiento sistemático y fundamentado⁶. En este contexto, William Osler et al 2012 expone y aún se encuentra en vigencia⁷: “La medicina es ciencia y arte, la ciencia de las probabilidades y el arte de discernir incertidumbre”.

En la actualidad, la medicina basada en la evidencia (MBE) no siempre es bien interpretada y aplicada por algunos profesionales y se obvia la importancia del método clínico como proceso del diagnóstico inherente a la medicina práctica. Ante esta problemática, los autores se proponen con esta revisión caracterizar el método clínico, a partir de la posición que ocupa respecto a la medicina basada en la evidencia.

DESCRIPCIÓN DEL MÉTODO CLÍNICO

El método clínico puede aportar hasta el 95 % del diagnóstico. Es así que a través del interrogatorio se puede llegar al 60 a 70% del diagnóstico, el examen físico añade un 10 a 15%^{3,6} y los exámenes complementarios pueden subir esta certeza diagnóstica hasta el 95%.^{6,8} Podemos dividir al método clínico en etapas:

Primera Etapa: Identificación del Problema

La primera etapa es la identificación del problema. El paciente siente una alteración, que le motiva a buscar al médico^{6,8}. Esta motivación debe tenerse siempre en cuenta, incluso cuando son síntomas inespecíficos, problemas de salud desorganizados e indife-

¹ Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Ibarra, Imbabura, Ecuador. Av. Víctor Manuel Guzmán s/n y Brasil.

² Hospital pediátrico “Baca Ortiz”, Quito, Ecuador.

Correspondencia: adonisfrometaguerra@gmail.com

renciados³, pues es una de las piezas fundamentales para llegar a la resolución del problema⁶.

Segunda Etapa: Búsqueda de Información

La segunda etapa consiste en realizar una búsqueda de información, dirigida y orientada a encontrar datos importantes que lleven a la resolución del problema. La información se obtiene de manera sistemática mediante la anamnesis y el examen físico⁶. Durante el proceso del interrogatorio, se deben analizar el valor de los datos aportados y decidir cuáles son relevantes y cuales merecen ser investigados con mayor profundidad³.

El examen físico proporciona la evidencia confirmatoria a favor de una o más posibilidades diagnósticas, por lo cual, más que un examen mecánico, debe ser un examen físico global, pero orientado a apoyar o descartar aquellas ideas diagnósticas que estamos sospechando¹. No es solamente la técnica la que determina el éxito para detectar hallazgos positivos en el examen físico, sino una mente preparada para percatarse de ellos⁹.

El médico siempre tiene la ventaja que además de estudiar los signos y síntomas de la enfermedad, realizar un examen físico completo, puede estudiar a la persona, al ser humano que la padece y a su familia, su entorno, su estilo de vida y condición sociocultural^{6, 8, 10, 11}. Esta información y el análisis subyacente permite identificar factores precipitantes, coadyuvantes o perpetuantes de la afección, aun si no se encuentra la causa⁶.

En el proceso de obtención de información del paciente, el profesional debe considerar el conocimiento que brinda la evidencia científica acerca de la frecuencia de asociación de determinados síntomas y signos con la prevalencia de una afección en una edad, sexo, color de la piel o población determinada, así como sus factores de riesgo y las causas que la provocan.

El diálogo instaurado con el paciente no sólo sirve para guiar la anamnesis y enfocar los demás pasos del método clínico, sino que permite también instaurar una relación médico paciente adecuada¹¹, que promueva la confianza y adherencia al tratamiento, además de que por sí sola esta relación tiene un efecto terapéutico³.

Tercera Etapa: Formulación de la hipótesis

Con toda esta información obtenida, el médico ya debería tener una impresión diagnóstica³, diagnóstico presuntivo o hipótesis formulada, la cual debería estar basada en la información recogida y tener un fundamento teórico⁶. Esta hipótesis diagnóstica es importante porque enmarca las acciones futuras que llevarán como paso final a la resolución del problema⁵.

Los siguientes principios se deben tener en cuenta a la hora de analizar toda la información y construir un diagnóstico presuntivo⁹:

1. Hacer un resumen objetivo del caso clínico.
2. Ordenar la información.
3. Jerarquizar los síntomas y signos de acuerdo con su sensibilidad, especificidad, valor predictivo, importancia relativa según la fisiopatología de la enfermedad, potencial gravedad, etc.
4. Agrupar los signos y síntomas encontrados, si es posible en síndromes.
5. No agrandar el diagnóstico, ni crear síndromes artificiales.
6. Ir del síntoma al síndrome, no viceversa.
7. Analizar la enfermedad en la persona.
8. Jugar con las probabilidades: "Pensar siempre en lo frecuente, pero sin olvidar lo raro"
9. Recordar que se investiga una enfermedad en una persona, no se investigan enfermedades en un libro.

Se han descrito algunos métodos inconscientes por los cuales los médicos agrupan a información y generan sus hipótesis:⁵

1. Aproximación gestáltica: Al observar elementos como síntomas o signos, el médico se forma una imagen mental de lo que puede estar ocurriendo. Este método tiene más probabilidad

de error, sin embargo, tiene mayor precisión en médicos con mayor experiencia, debido a que aumenta la batería de experiencia que le permite comparar. Ejemplo: Paciente con dolor abdominal localizado en fosa iliaca derecha: apendicitis.

2. Aproximación heurística: es un método no riguroso, que permite simplificar el proceso necesario para llegar a una solución, en algo más simple, es una especie de atajo mental. Es característico anclar o ajustar síntomas y buscar compatibilidad con una enfermedad, como un rompecabezas. Uno de los problemas más grandes es que no considera probabilidades o prevalencia de la condición. Ejemplo: Paciente con hemiparesia catalogado como accidente cerebrovascular a pesar de tener 10 años de edad.

3. Método de la probabilidad previa o prevalencia del cuadro: El médico toma en cuenta la información recopilada previamente, de manera objetiva y numérica, contrastando con las prevalencias de las enfermedades en la población local.

En base al estudio de la información del paciente y la población, se toma en cuenta la probabilidad pretest y postest de la prueba a realizar. La probabilidad *pretest* es la probabilidad de que se llegue a una conclusión sólo con la información que se dispone hasta el momento y la probabilidad *postest* es la probabilidad de llegar a la conclusión posterior a realizar exámenes complementarios.

Este método permite trabajar con información precisa y es uno de los elementos iniciales para la aplicación de la Medicina Basada en Evidencia.

Precisamente se establece una de las grandes diferencias entre el método clínico basado en atención razonada e individualizada al paciente y MBE¹² con un enfoque poblacional y su objetivo primordial es la generalización y la mejora de los resultados sanitarios en el promedio de los pacientes.

Aunque todos los médicos en alguna ocasión, realicen aproximaciones gestálticas o heurísticas para realizar presunciones diagnósticas y llegar al diagnóstico definitivo correcto, no debería ser la regla. Todo estudiante de medicina y médico formado debería usar el método de la probabilidad previa o prevalencia del cuadro, recomendaciones según MBE confluyendo las dos corrientes como métodos científicos, para llegar a crear una hipótesis diagnóstica fundamentada y valedera⁵.

Cuarta Etapa: Contrastación del diagnóstico

La cuarta fase es someter a contrastación el diagnóstico presuntivo, el cual se realiza programando de manera enfocada una diversidad de pruebas diagnósticas (laboratorio, imagen, anátomo patológicas, etc.)^{3, 6}.

Los exámenes complementarios son importantes debido a que disminuyen el área de incertidumbre⁵. Además:

1. Pueden confirmar o rechazar las hipótesis planteadas
2. Pueden ampliar el conocimiento sobre la enfermedad del paciente, brindar datos importantes sobre la causa, extensión, localización del daño, magnitud del proceso o afectación orgánica, aspectos muy importantes a la hora de conocer el pronóstico y tomar decisiones terapéuticas asociadas.
3. Contribuyen a excluir posibilidades diagnósticas.

La decisión de enviar un examen complementario requerido, debería basarse en la urgencia del caso (tiempo disponible), la magnitud del aporte a la precisión del tratamiento, factibilidad técnica y contraindicaciones para realizar el procedimiento⁴.

El médico también debe conocer cómo interpretar el examen, los límites de la normalidad, causas de falsos positivos⁹, falsos negativos y tenerlos en cuenta a la hora de encontrarse con el paciente⁴.

Quinta Etapa: Exposición de resultados: Diagnóstico definitivo

La hipótesis diagnóstica se aprueba o rechaza con la realización de exámenes complementarios⁸, aunque debe recalarse

que en algunas ocasiones no es necesario realizarlos para llegar al diagnóstico definitivo⁴.

En los casos que se rechace la hipótesis, se reinicia el método, convirtiéndose en un proceso en espiral^{3,10}. Es lógico que, si la identificación del problema y la búsqueda de información fueron deficientes, pues la hipótesis no tendrá posibilidad de comprobarse⁸.

Elementos que intervienen para llegar a un diagnóstico correcto

Como se expuso en la tercera etapa, el método mental que se debería usar al momento de crear una hipótesis diagnóstica, es el método de las probabilidades.

Se debe tomar en cuenta que el proceso de análisis de datos, probabilidad *pretest*, test, probabilidad *postest* no es único, pues en ocasiones la probabilidad *postest* no es suficientemente fuerte como para eliminar la incertidumbre y afirmar que se ha llegado al diagnóstico definitivo.

Entonces, durante este proceso intuitivamente se repite nuevamente todo el método clínico, recopilando e incorporando nueva información, hasta que el nivel de certeza sea tan alto como para descartar o apoyar un diagnóstico⁵. El nivel de certeza adecuado para confirmar o excluir un diagnóstico se llama "Umbral de decisión", mientras que el punto sobre el cual no requerimos más información ni exámenes complementarios, porque tenemos un diagnóstico y vamos a iniciar el manejo concordante, se llama "Umbral terapéutico". Aquel por debajo del cual dejamos de requerir nuevos test porque estimamos que la probabilidad es tan baja que no se justifica, se llama "Umbral de estudio adicional". Estos umbrales de decisión no son fijos para todas las patologías ni para todos los pacientes, sin embargo, debería tenerse en cuenta siempre este esquema cuando valoramos uno, tal como se muestra en la figura 1.

Siempre que nos encontremos en un punto medio entre el umbral de estudio adicional y el umbral terapéutico, requeriremos nuevos exámenes complementarios para disminuir la incertidumbre o desechar completamente la hipótesis diagnóstica. Una correcta estimación de la probabilidad *pretest* y un adecuado conocimiento del rendimiento de los test a utilizar, nos permitirán realizar este proceso más eficiente⁵.

Calidad en el proceso diagnóstico

Este enfoque integral es un proceso obligado que todo médico debería realizar dentro del análisis diagnóstico³, para realizarlo con calidad debería cumplir con los siguientes requisitos^{6,13}.

1. La información que se recoge debe ser real.
2. Los problemas de salud deben estar bien identificados
3. La o las hipótesis diagnósticas deben estar bien preci-

sadas.

4. La indicación de los exámenes complementarios debe estar justificada

5. La conducta terapéutica debe estar basada en el diagnóstico y adecuadamente fundamentada

6. El paciente debe ser informado sobre su condición de salud y opciones terapéuticas a seguir. El paciente debe demostrar conformidad con el tratamiento propuesto.

7. La evaluación (exposición de resultados) en la historia clínica, debe expresar el pensamiento científico y análisis del médico.

8. El egreso debe ser un resumen de cada problema del paciente y de las orientaciones médicas para darles solución.

Actualmente, el Centro de Estudios de Medicina Familiar IanMcWhinney, en Argentina, ha propuesto una serie de pautas para involucrar al paciente de manera activa dentro del proceso diagnóstico y terapéutico. Las variaciones se conocen como el Método Clínico Centrado en el Paciente (MCCP) e involucran los siguientes componentes¹¹:

1. Comprender integralmente a la persona en un contexto bio-psico-social.

2. Explorar y entender la dolencia desde el punto de vista del paciente: investigar la dimensión humana de la experiencia de la enfermedad, nivel de aceptación y adaptación por parte del paciente, adherencia a tratamientos previos si existieran, así como ideas, vivencias y sentimientos en torno a la condición actual.

3. Encontrar un campo común entre el médico y el paciente, en relación al manejo del problema de salud.

4. Incorporar la promoción de la salud y la prevención.

5. Reforzar la relación médico paciente

6. Uso realista del tiempo y los recursos, en el contexto de cada individuo y el lugar donde se encuentran.

MÉTODO CLÍNICO Vs MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA

El método se define como "Un proceso sistemático que lleva a conocer la realidad objetiva, mediante aproximaciones sucesivas."^{14,15} El método científico es un método general, constituido por una serie de etapas necesarias en el desarrollo de toda investigación científica, en la forma de abordar la realidad y estudiar los fenómenos que se producen en la vida con el propósito de descubrir¹⁴. Un aspecto muy importante del método científico es que se contrapona a todo pensamiento espontáneo, instintivo y casual¹⁵.

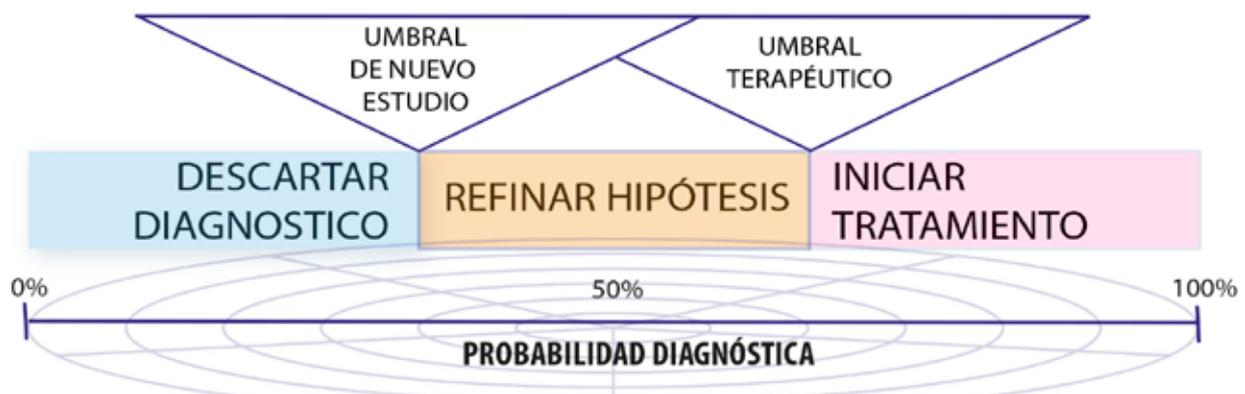


Figura 1. Umbrales de decisión en la formulación de hipótesis para el diagnóstico correcto según probabilidades. Fuente: Adaptado de Capurro., 2007. 5

Se puede apreciar que tanto el método clínico como la medicina basada en evidencia cumple los criterios y procesos para ser considerados como métodos científicos.

El método clínico es el método científico aplicado a las ciencias clínicas y psicológicas¹⁶ en el estudio del proceso salud enfermedad. En otras palabras, el método clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con cada paciente, a una escala observacional y experimental^{6,13}.

Sacristán¹² hace referencia a las diferencias y semejanzas de la medicina basada en evidencia y la medicina centrada en el paciente que no es más que el método clínico.

VULNERABILIDAD DEL MÉTODO CLÍNICO

Actualmente, hay una crisis del método clínico, debido a un progresivo menosprecio de la clínica asociado a una creciente debilidad en el desarrollo de habilidades semiológicas y clínicas¹⁷, sobrevaloración de la tecnología¹⁰, falta de tiempo en la consulta médica y desinterés por entablar una buena relación médico paciente^{13,18}.

“Todo médico debe tener la misma base teórica y conceptual de la medicina...”. Sin embargo, en la actualidad los médicos no tienen la misma base teórica y conceptual, cada vez más los estudiantes y residentes jóvenes optan por saltarse etapas fun-

De cualquier forma, es preocupante observar cómo se han dejado a un segundo plano las prácticas semiológicas tradicionales y cada vez más, los médicos se aferran a prescribir deliberadamente exámenes para encontrar un diagnóstico, sin previamente haber realizado el ejercicio ordenado y metódico que lleve a tener presunciones diagnósticas². Incluso, algunos médicos actúan como si las técnicas complementarias sustituyeran al pensamiento y consideran innecesario hacer presunciones diagnósticas previas⁶.

En este momento en donde médico, y porque no decirlo, los pacientes, sobrevaloran el uso de la tecnología y hasta reclaman estudios más costosos³, a veces respaldándose que entre más complejidad hay más calidad⁸, debemos recordar que han habido avances increíbles en el ámbito tecnológico y se han creado recursos diagnósticos y terapéuticos valiosos², que los exámenes complementarios son una fase importantísima en el proceso diagnóstico del paciente, sin embargo no es la única etapa y nunca debería decirnos por sí sólo el diagnóstico³.

Debe tenerse siempre presente que la realización de exámenes complementarios conlleva una responsabilidad económica extra ya sea para el paciente o para el estado, expone al paciente a complicaciones e iatrogenias⁸, ansiedad y pérdida de tiempo del

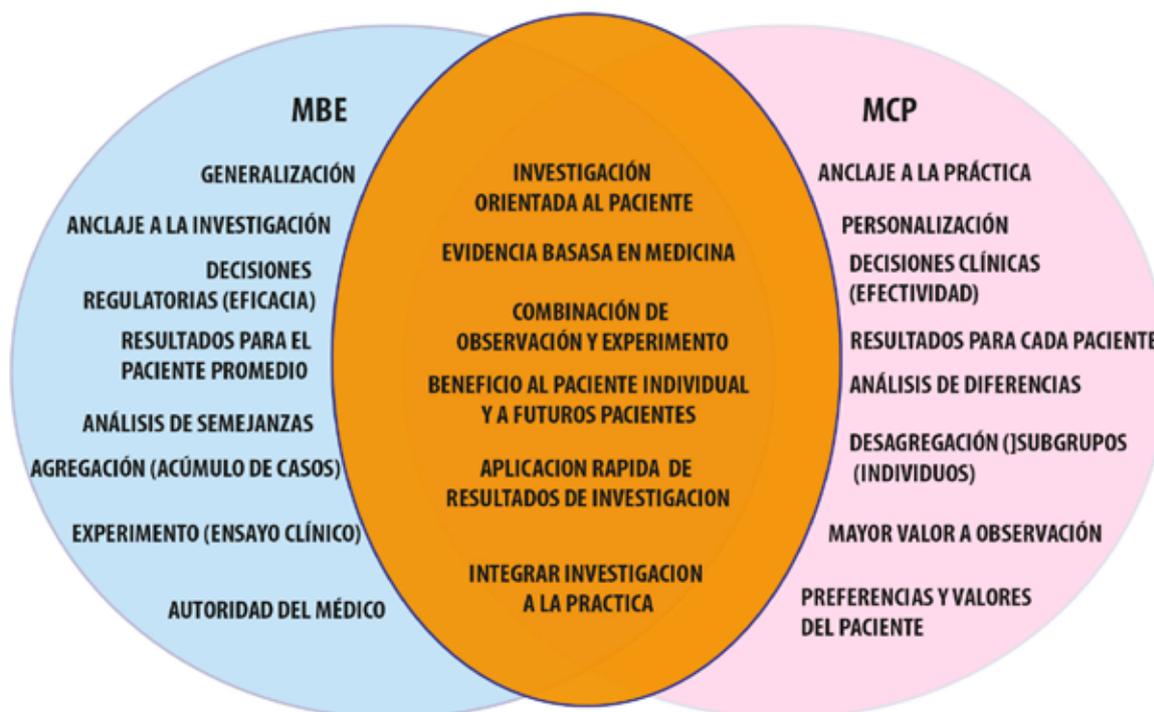


Figura 2. Comparación del Método clínico o Medicina Centrada en el Paciente (MCP) vs medicina basada en evidencia (MBE) se muestra las diferencias y la complementación de ambos procesos. Fuente: Sacristán., 2013¹⁶.

damentales del método clínico para llegar sólo a la realización de exámenes³.

En otras ocasiones realizan el proceso de identificación del problema, búsqueda de información, sin embargo, obvian la etapa del análisis de la información y formulación de hipótesis diagnóstica¹⁹ y como resultado, se realizan una cantidad de exámenes complementarios innecesarios y sin fundamentación^{1,6,20}.

Algunos autores señalan que este problema se basa en que los programas y planes de estudios no brindan a los estudiantes, conocimientos detallados de cómo se realiza el razonamiento diagnóstico y los estudiantes aprenden empíricamente, viéndolo hacer y copiando a los residentes mayores, que tampoco lo hacen adecuadamente⁹. También hay que considerar la falta de tiempo, desinterés y pereza de los médicos que si conocen las técnicas y sin embargo no lo realizan¹³.

paciente y/o familiares³. Con esta situación, hay pacientes que pueden sentir desapego, falta de relación empática con su médico, sentirse ansiosos, ignorados o explotados económicamente y no seguir el tratamiento, así este sea el correcto, mientras que el médico puede perder la capacidad de comunicarse, transmitir interés, confianza y esperanza⁸. Es más, toda prescripción o práctica que no esté basada en un análisis previo y este pueda ser reproducible, se hace vulnerable a la mala práctica médica, ya que ninguna técnica puede sustituir aún al pensamiento humano⁶.

En la figura 3, se resumen los principales factores que han propiciado la vulnerabilidad del método clínico:

Además del problema previamente expresado y a partir de la realidad que se ha vivido a finales del siglo XX e inicios del XXI, varios autores han llamado la atención sobre la aparición de dos síndromes, cada vez más frecuentes en la práctica clínica actual:

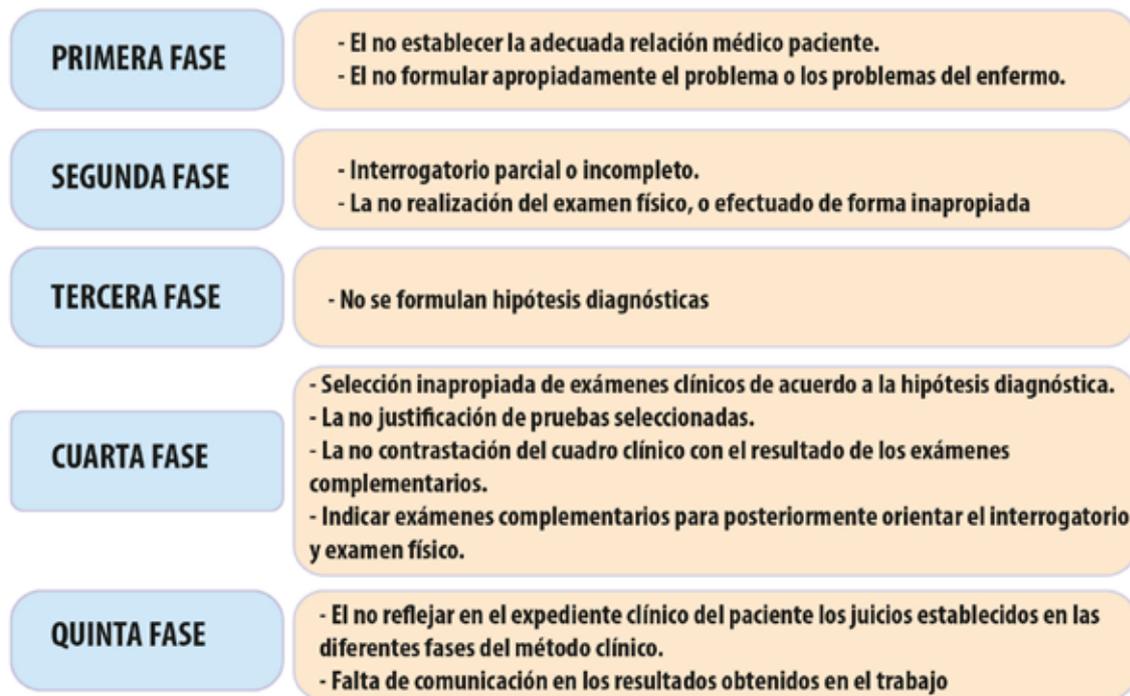


Figura 3. Fuente: Adaptado de Ilizástigui., 2010⁶. (La vulnerabilidad del método clínico en todas sus fases son inherentes al médico).

1. Síndrome de la neblina informativa

El síndrome de la neblina informativa consiste en “no ver lo que hay frente a sus ojos y ver lo que no hay.”²¹

Se produce cuando no se cumplen las etapas fundamentales del método clínico, por lo que se prescriben exámenes complementarios precipitados, incompletos o se repiten²¹, luego se reciben resultados, sin una base para analizarlos. Como resultado, puede haber un porcentaje de falsos positivos y falsos negativos que el médico no sabe que se han producido, no puede disminuir la incertidumbre y no debería afirmar que ha llegado a un umbral de certeza^{17,21}. De no disponerse de una buena hipótesis diagnóstica, se hace confusa e indistinguible la identificación de cuál es la enfermedad y cual no¹⁷.

2. Síndrome de hipocompetencia clínica

Este síndrome está provocado por la pérdida paulatina de habilidades semiológicas y clínicas⁸, con deterioro en la entrevista médica, observaciones, análisis, juicio clínico y acción del médico²¹.

La situación empeora por el desinterés progresivo de los médicos por el paciente y el exceso de confianza en la tecnología, como ya se citó anteriormente²¹.

En 1984, Beckman y Frankel estudiaron la actitud de los médicos al escuchar a los enfermos. Los resultados fueron devastadores. Según la investigación, el médico paraba de escuchar al paciente en promedio a los 18 segundos de haber comenzado a hablar y en ocasiones, cuando sólo habían hablado 5 segundos. Solo el 20% de los pacientes pudo completar el relato de sus quejas.¹¹ Este estudio, realizado hace casi 30 años, demuestra la poca predisposición del médico para escuchar al paciente.

Si no se escucha al paciente, no existe una comunicación adecuada, por lo tanto, el paciente se siente desatendido, no tiene confianza sobre el médico y por lo tanto no se establece una buena relación médico paciente. Como resultado, el paciente no colaborará lo suficiente en la atención de su proceso, es posible que no tenga adherencia al tratamiento o ni siquiera lo tome²².

PERSPECTIVAS ACTUALES

No existen razones para abandonar el método clínico, todo lo contrario. El médico debe intentar actuar científicamente,

emplear esa batería de conocimientos para realizar un análisis exhaustivo de los problemas de salud del paciente, luego realizar exámenes complementarios para aprobar o rechazar su hipótesis⁶ y a su vez, conocer la validez del test que realiza, su valor predictivo positivo y negativo, para según eso, tomar decisiones³ diagnósticas, terapéuticas y pronósticas¹.

Sólo comprendiendo el valor y la importancia del método clínico, usándolo y enseñando su uso a las futuras generaciones^{6, 8, 17}, se podrá evitar que los médicos sólo usen el sentido común y nos convirtamos en mecánicos e irracionales, puros prescriptores de exámenes desarticulados e imprecisos²³ y revisores de resultados⁶. Nos deberíamos preguntar: ¿Si abandonamos el método clínico, que nos diferenciará de una computadora o un programa?

Se recomienda no ignorar todos los avances tecnológicos, sino aprovecharlos, sin dejar de lado el análisis previo, revisar la evidencia actual que nos compete²³, encontrando un proceso más eficiente, eficaz y seguro tanto para el paciente como para el médico¹, recordando que el diagnóstico es la base fundamental de la atención a los pacientes y premisa indispensable para instaurar una terapéutica eficaz¹⁰, también la base para instaurar una buena relación médico paciente, demostrar interés, explicar al paciente su patología y entablar la confianza necesaria para que haya adherencia al tratamiento²³.

Como plantea Ilizástigui 2010: “El afianzamiento, el refinamiento y su desarrollo integral son indispensables para llenar las necesidades de la clínica, para el presente y para el futuro”.³

Conclusiones

El método clínico es un eslabón fundamental durante el proceso diagnóstico del paciente enfermo, al ser un proceso sistemático, ordenado, reproducible y que evita que el médico realice afirmaciones al azar o por sentido común.

El método clínico permite estudiar no solamente a la enfermedad del paciente, sino al ser humano mismo, desde un punto de vista bio-psico-social.

La clínica, la semiología, las habilidades semiotécnicas y el método clínico, deben continuar enseñándose en las escuelas de medicina, haciendo énfasis en la importancia que tienen para el

adecuado desempeño profesional, siendo enriquecida con la medicina basada en evidencia o mejor dicho la mejor evidencia de la medicina.

El método clínico y la medicina basada en evidencia no son corrientes antagónicas, sino la aplicación de ambos métodos eleva la certeza diagnóstica del paciente y a su vez mejora la atención de pacientes futuros.

Referencias bibliográficas

1. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *MediSur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5):52-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098010>.
2. Corona-Martínez L. El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1324/6080>
3. Álvarez-Sintes R. El método clínico en la práctica de la medicina familiar. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1337>
4. Corona-Martínez L. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones útiles para el médico en formación. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1348>
5. Capurro N Daniel, Rada G Gabriel. El proceso diagnóstico. *Rev. méd. Chile* [revista en Internet]. 2007 [citado 2016 Nov 23]; 135(4): 534-538. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872007000400018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>.
6. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. [revista en Internet]. *MediSur* 201082-11. 2010 [citado 2016 Nov 23]. Disponible en: <http://google.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098002>
7. Young Pablo, Finn Bárbara C, Bruetman Julio E, Emery John D. C, Buzzi Alfredo. William Osler: el hombre y sus descripciones. *Rev. méd. Chile* [revista en Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Nov 23]; 140(9): 1218-1227. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000900018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872012000900018>
8. Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. *Medisur*. [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5):12-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180020098003.pdf>
9. Díaz Novás José, Gallego Machado Bárbara, León González Aracelys. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet]. 2006 Mar [citado 2016 Nov 23]; 22(1):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100007&lng=es
10. Díaz Novás José, Gallego Machado Bárbara Rosa, Calles Calviño Adela. Bases y particularidades del método clínico en la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet]. 2011 Jun [citado 2016 Nov 23]; 27(2): 232-244. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000200011&lng=es.
11. Cruz Hernández Jeddú, Hernández García Pilar, Abraham Marcel Enrique, Dueñas Gobel Nancy, Salvato Dueñas Alena. Importancia del Método Clínico. *Rev Cubana Salud Pública* [revista en Internet]. 2012 Sep [citado 2016 Nov 23]; 38(3): 422-437. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009&lng=es.
12. Sacristán J. Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en el paciente: algunas reflexiones sobre su integración. *Revista Clínica Española* [revista en Internet]. 2013 [citado 2016 Nov 23]; 213(9):460-464. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/259086959_Medicina_basada_en_la_evidencia_y_medicina_centrada_en_el_paciente_algunas_reflexiones_sobre_su_integracion
13. Bacallao Martínez G, Medina B. El método clínico, situación actual. Revisión bibliográfica. [Internet]. *Acta Médica del Centro* [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Nov 23]; 8(2):131-8. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=50461>
14. Hernández Hernández Roberto. Del método científico al clínico: Consideraciones teóricas. *Rev Cubana Med Gen Integr* [revista en Internet]. 2002 Abr [citado 2016 Nov 23]; 18(2):161-164. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000200011&lng=es.
15. Hernández-Aragón J. La vulnerabilidad del método clínico. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5): [aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1339>
16. García Palacios M, Castorina J. Método clínico-crítico y etnografía en investigaciones sobre conocimientos sociales [revista en Internet]. *Cadernos De Pesquisa*. [citado 2016 Nov 23]; 44(154):1052-68. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742014000401052&script=sci_arttext&lng=es
17. Vidal Ledo María, Fernández Sacasa José A. Medicina basada en la evidencia: Reflexiones sobre el tema. *Evidence-based medicine: Reflexions on the topic*. *Educ Med Super* [revista en Internet]. 2005 [citado 2016 Nov 23]; 19(1): 1-1. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412005000100010&lng=es.
18. Espinosa Brito A. La clínica y la medicina interna. Apuntes históricos y proyecciones (primera parte: "el pasado"). *Fórum de ciencia y técnica* [revista en Internet]. 2006 [citado 2016 Nov 23];. Disponible en: <http://www.forumcyt.cu/UserFiles/forum/Textos/0601899.pdf>
19. Díez E, Cotera M d l, El diagnóstico médico, problema crucial en el siglo XXI. *MediSur* [revista en Internet]. 2010. [citado 2016 Nov 23]; 121-130. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098022>.
20. Hernández-Sosa L, Pérez-García S, Casanova-González M. El método clínico en pediatría. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1378>
21. Valdés-Suárez O. LA MEDICINA INTERNA Y EL MÉTODO CLÍNICO: PASADO, PRESENTE Y FUTURO. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias* [revista en Internet]. 2014 [citado 2016 Nov 23]; 13(4): [aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revme.sld.cu/index.php/mie/article/view/41>
22. García-Núñez R. El método clínico en la Atención Primaria de Salud: algunas reflexiones. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1338>
23. Falcón-Hernández A, Navarro-Machado V. El método clínico y la medicina basada en la evidencia. Algunas consideraciones. *Medisur* [revista en Internet]. 2010 [citado 2016 Nov 23]; 8(5): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1341>

Recibido: diciembre 2016

Aprobado: enero 2017