



La historia clínica en el tercer año en la carrera de medicina, su orientación y evaluación por alumnos ayudantes.

Orientation and evaluation of the clinical file by Pupils Assistants in the third years students in the medicine career.

Yamila Cisneros Álvarez,¹ María de la A Carrasco Fera,² Gregorio Hernández Castellanos,³ Deisy Font Parra,⁴ Mildred Labrada García,⁵ George Velázquez Zúñiga.⁶

- 1 Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster Atención Integral al niño. Profesora Auxiliar. FCM "Mariana Grajales Coello". UCM de Holguín. Cuba.
- 2 Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Investigadora agregada. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
- 3 Especialista de primer y segundo Grado en Medicina Interna, Especialista en 2do grado en MGI. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Auxiliar. Investigador agregado. Hospital Clínico Quirúrgico "Lucía Iñiguez Landín". Holguín. Cuba.
- 4 Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
- 5 Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Máster en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.
- 6 Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Holguín. Cuba.

Correspondencia: yamilac@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El proyecto de alumnos ayudantes vinculados al desarrollo de habilidades en semiología médica en tercer año incluye la preparación en esta área y en educación médica, la evaluación de la primera evolución en las historias clínicas aporta criterios sobre el aprendizaje del estudiante evaluado y la capacidad del alumno ayudante como evaluador.

Objetivo: Evaluar la confección de las primeras evoluciones en los estudiantes de tercer año y la preparación de los alumnos ayudantes como evaluadores.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, con 24 estudiantes del tercer año, y 24 alumnos ayudantes. Se aplicaron métodos teóricos y empíricos, con una guía de evaluación.

Resultados: En la historia de enfermedad actual existieron deficiencias en la exploración semiográfica de síntomas y cronopatograma; evaluada mal 50,0 % por profesores y 16,7 % por alumnos ayudantes y el examen físico evaluado de mal 37,5% y 8,3% respectivamente, en el

resto de los componentes existió mayor coincidencia; el resumen sindrómico obtuvo el peor resultado en los estudiantes del tercer año; 45,8% de las evaluaciones integrales otorgadas fueron bien por los alumnos ayudantes y 25% por profesores. Existió coincidencia parcial (45,8%) en los datos fundamentales y no coincidencia en 16,6%.

Conclusiones: La mayor dificultad resultó el resumen sindrómico. En la historia de enfermedad actual y el examen físico existió menor uniformidad entre la evaluación de alumnos ayudantes y profesores; y predominó un nivel de coincidencia parcial en los datos fundamentales. Los alumnos ayudantes requieren mayor preparación en evaluación.

Palabra clave: alumno ayudante, historia clínica, anamnesis, examen físico

ABSTRACT

Introduction: The project of assistant students linked to the development of skills in medical semiology in the third year includes the preparation in this area and in medical education, the evaluation of the first evolution in the clinical histories provides criteria on the evaluated student's learning and the ability of the student assistant as an evaluator. Objective: To evaluate the preparation of the first evolutions in the third year students and the preparation of the assistant students as evaluators. Method: A descriptive study was carried out, with 24 third-year students and 24 assistant students. Theoretical and empirical methods were applied, with an evaluation guide. Results: In the current disease history there were deficiencies in the semiographic exploration of symptoms and chronopathology; poorly evaluated 50.0% by professors and 16, 7% by student assistants and the physical examination evaluated of bad 37.5% and 8.3% respectively, in the rest of the components there was greater coincidence; the syndromic summary obtained the worst result in the third year students; 45.8% of the comprehensive evaluations were given by the assistant students and 25% by the teachers. There was partial coincidence (45.8%) in the fundamental data and no coincidence in 16.6%. Conclusions: The greatest difficulty was the syndromic summary. In the current illness history and the physical examination there was less uniformity between the evaluation of assistant students and teachers; and a level of partial overlap in the fundamental data prevailed. The student assistants require more preparation in evaluation.

Keywords: Clinical file, anamnesis and physical examination

INTRODUCCIÓN

Los médicos pueden tener varios objetivos clínicos con grados variables de importancia en sus interacciones con los pacientes. Estos objetivos incluyen, si bien no están limitados solamente a ellos, la traducción de los síntomas y signos al diagnóstico, la valoración de la estabilidad o de la evolución de procesos ya conocidos, la provisión de información y de consejo para una futura

prevención, y la reafirmación o alteración de las decisiones terapéuticas. Un chequeo de salud general aumentará el número de diagnósticos del paciente, pero es posible que no afecte a la morbimortalidad global.¹

La interacción entre el médico y el paciente representa no solo un encuentro científico, sino un ritual social centrado en establecer quién mantiene el control y en alcanzar unas expectativas mutuas. El paciente anticipa que sus necesidades y problemas de asistencia sanitaria serán abordados con competencia. Los médicos también tienen expectativas: la necesidad de sentir que no han olvidado nada importante al abordar los retos que plantea el diagnóstico, la necesidad de poner límites al tiempo disponible para cada interacción y la necesidad de mantener la objetividad de forma que su evaluación y recomendaciones no se vean empañadas por sus emociones hacia el paciente. La exploración clínica racional realizada de forma experta fomenta el ritual social anticipado y la probabilidad de obtener datos relevantes. También optimiza la capacidad del médico de tener conocimiento de los síntomas y problemas del paciente, además de facilitar el proceso de curación.²⁻⁶

Es casi imposible considerar la historia clínica como algo distinto de la exploración, porque el examen clínico comienza tan pronto como el médico ve o escucha al enfermo. Desde la perspectiva del paciente, apenas importa si el médico establece el diagnóstico por la anamnesis o por la exploración física. El concepto de práctica deliberada, que ha demostrado ser importante en artes y deportes, puede aplicarse a la exploración clínica. Esta práctica deliberada, diseñada específicamente para mejorar la capacidad de obtener síntomas y signos, requiere una formación correcta con observación, concentración y compromiso que garanticen su realización precisa y constante. La creación de centros de simulación en muchas facultades de Medicina y hospitales crea nuevas oportunidades para esta formación.

La historia clínica comienza por pedir al paciente que describa, con sus propias palabras, la razón que le ha llevado a buscar atención médica. Aunque los pacientes pueden tener muchas razones para iniciar una visita al médico, se debe fomentar que elijan uno o dos de los síntomas que más les preocupen. Se tranquilizará al paciente en el sentido de que los demás problemas no van a ser ignorados, sino que se quiere averiguar cuál es el más importante.

Inicialmente, se deben plantear al paciente preguntas abiertas que le permitan describir sus problemas con sus propias palabras. Este proceso inicial puede continuar con una serie de preguntas específicas que sirvan para aclarar puntos importantes. Estas preguntas deben ser realizadas en un orden que vendrá dictado por la historia que cuenta el paciente y con el objetivo que convenga al problema en cuestión.

Cuando el paciente se encuentre muy enfermo, el médico debe limitar la cantidad de tiempo empleado en una discusión abierta y pasar rápidamente a las características más importantes que le permitan una rápida evaluación y tratamiento. En general, la historia del problema sometido a

consideración incluye los siguientes puntos: Descripción del comienzo y cronología; localización de los síntomas; carácter (cualidad) de los síntomas; intensidad; factores precipitantes, agravantes y que proporcionan alivio y averiguar si ha ocurrido antes este problema u otros similares y, si así fuera, si llegó a establecerse un diagnóstico en ese momento. Finalmente, es útil pedir a los enfermos que expresen lo que creen que es la causa del problema o lo que más les preocupa. Este enfoque revela a menudo otros factores pertinentes y ayuda a transmitir que el médico trata de satisfacer las necesidades del paciente.

La precisión diagnóstica de un síntoma o signo se cuantifica por su sensibilidad y especificidad, descritas a menudo como su cociente de probabilidad (CP) o valor predictivo. Los datos sobre la precisión diagnóstica pueden encontrarse en una búsqueda bibliográfica de la evaluación de una enfermedad específica. Para cada componente de la historia y del examen físico se puede asociar una sensibilidad (el porcentaje de pacientes con un determinado trastorno que presentan un signo anómalo en la exploración), una especificidad (el porcentaje de personas sin un determinado trastorno que presentan ese signo normal en la exploración). Las medidas de precisión, como el parámetro estadístico kappa (k ; 0 = concordancia aleatoria; +1 = concordancia perfecta), cuantifican la concordancia entre observadores respecto a un síntoma o signo. Las investigaciones actuales sobre el examen clínico utilizan índices o cocientes de probabilidad que informan al clínico sobre la probabilidad de observar un signo particular en un paciente con un determinado proceso en comparación con otro paciente sin esa enfermedad. Por lo tanto la concatenación de actos al realizar la historia clínica en todos sus elementos como el motivo de ingreso, la historia de la enfermedad actual y el examen físico practicado a un paciente entre otros componente juegan un papel fundamental en el diagnóstico y tratamiento posterior del mismo y por ende se puede resumir en la adecuada aplicación del método clínico.⁷⁻¹⁴

En curso 2016-2017 se inició un proyecto para perfeccionar la formación docente de los alumnos ayudantes del cuarto y quinto año y vincularlos a la docencia del tercer año en función al desarrollo de habilidades de semiología médica, con resultados favorables al finalizar el curso.

En el curso 2017-2018 se mantienen un grupo de estudiantes y se incorporan nuevos, insertados en los hospitales con vinculación un día de la semana a la educación en el trabajo, con los mismos objetivos relacionado con las habilidades de semiología médica, a lo que se agrega la confección de la historia clínica. En su sistema de preparación se mantienen las actividades para asumir los contenidos específicos, intencionado al desarrollo de habilidades y en educación médica.

OBJETIVO GENERAL: Evaluar la confección de las primeras evoluciones en los estudiantes de tercer año y la preparación de los alumnos ayudantes para su evaluación.

Objetivos específicos.

1. Evaluar la descripción de la anamnesis próxima, del examen físico y la orientación al planteamiento sindrómico en los estudiantes del tercer año.

2. Identificar los errores cometidos por los estudiantes del tercer año en la primera evolución de la historia clínica.
3. Comparar los resultados de las evaluaciones otorgadas por los alumnos ayudantes y la realizada por los profesores a las primeras evoluciones realizada por los estudiantes del tercer año.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo en la Facultad de Ciencias Médicas "Mariana Grajales Cuello", con la revisión de las historias clínicas confeccionadas por los estudiantes de tercer año de la carrera de medicina en los hospitales "Lenin" y "Lucia Iñiguez", las cuales fueron evaluadas por los alumnos ayudantes (AA) previamente entrenados y profesores integrantes del proyecto de investigación de AA.

El universo estuvo constituido por 52 estudiantes de tercer año de medicina de los grupos D2 y de policlínico "René Ávila", y los 24 alumnos ayudantes de 4to y 5to año del proyecto y la muestra la conformaron 24 estudiantes del tercer año, y la totalidad de AA (24).

Se utilizaron entre los métodos teóricos de revisión documental, análisis y síntesis y en métodos teóricos la observación con una guía de evaluación para la evaluación de la historia de enfermedad actual, válida para alumnos ayudantes y profesores.

Se realizó en tres momentos:

-Se designó a los estudiantes del tercer año por los alumnos ayudantes, previa conciliación con los profesores, el paciente para realizarle la historia clínica.

- En la semana siguiente fue recogido la historia clínica por los alumnos ayudantes, se revisó según los criterios establecidos y se otorgó una calificación, además del análisis cualitativo con el señalamiento de las deficiencias.

-Se realizó una revisión por los profesores de la historia clínica realizada por el estudiante del tercer año, y se otorgó una calificación y luego se revisó la evaluación realizada por los alumnos ayudantes, donde se rectificaron las deficiencias identificadas y la coincidencia con la evaluación otorgada por estos y la otorgada por los profesores.

Para la evaluación de la Historia Clínica, se establecieron las siguientes variables:

Motivo de ingreso (MI): El síntoma referido por los pacientes y el reflejado por los estudiantes en la primera evolución

Historia de la enfermedad actual (HEA): La historia de los síntomas referidos por el paciente, organizada de forma cronológica y con la adecuada descripción semiográfica de los mismos, redactada por los estudiantes en la primera evolución

Antecedentes Patológicos Personales (APP): Los antecedentes patológicos personales referidos por los pacientes y reflejados en la primera evolución

Antecedentes patológicos Familiares (APF): Los antecedentes patológicos familiares de los familiares de primer orden y reflejados por los estudiantes en la primera evolución

Examen Físico (EF): La aplicación del método clínico en la realización del examen físico de los sistemas y aparatos que se examinan en la primera evolución: piel y mucosa, respiratorio, cardiovascular, abdomen, tejido celular subcutáneo y sistema nervioso central, incluyendo cualquier otro que sea necesario de acuerdo a lo reflejado en la HEA con adecuada identificación y descripción semiográfica de los mismos.

Resumen sindrómico: el adecuado planteamiento de todos los síndromes presentes en el paciente que resulta planteable de acuerdo a los datos descritos en la HEA y examen físico

Diagnóstico: el adecuado sindromodiagnóstico del principal síndrome planteado

Conducta: El planteamiento de los principales exámenes complementarios.

Se tomaron como referencia para el primer objetivo los aspectos a evaluar en la primera evolución con la siguiente escala de calificación:

Bien: Correcto enunciado del MI; descripción correcta de los síntomas referidos (cronopatograma y adecuada semiografía de los síntomas) y el resto de la información obtenida con la supuesta aplicación adecuada del interrogatorio; mención de los APP y APF y en el examen físico la descripción completa, con escritura apropiado, organizado, sin omisiones por sistemas, información más detallada del sistema supuestamente afectado y el empleo del método clínico en su descripción, realizar el resumen sindrómico en correspondencia con lo descrito en el interrogatorio y el examen físico, sin omisión ni adición de ninguno. No errores ortográficos, no uso de abreviaturas.

Regular: Correcto enunciado del MI; descripción de los síntomas, sin organización correcta, con resto de la información obtenida con la supuesta aplicación adecuada del interrogatorio y omite algunas de las semiografía de los síntomas referidos sin que ponga en duda la correcta evaluación semiográfica del mismo; realiza la correcta mención de los APP y APF y en el examen físico la descripción incompleta pero suficiente para los planteamientos sindrómicos y no emplea el método clínico de forma completa en su descripción con escritura apropiado, organizado pero con omisiones por sistemas, realiza el resumen sindrómico en correspondencia con lo descrito en la interpretación de la anamnesis y el examen físico pero no lo realiza completamente u omite alguno de los planteables. Hasta dos errores ortográficos, uso incorrecto de abreviaturas.

Mal: Correcto enunciado del MI; descripción de los síntomas, con omisiones y sin organización correcta (inadecuado cronopatograma y descripción semiográfica de los síntomas) o falta otra información útil; mención de los APP y APF y en el examen físico la descripción incompleta, con errores de escritura, sin organización, con al menos dos omisiones por sistemas que no emplee correctamente el método clínico y por ende impida realizar el correcto planteamiento de algunos de los síndromes; realiza el resumen sindrómico incompleto con enunciados incorrecto, sin

correspondencia con lo descrito en la anamnesis y el examen físico. Con tres o más errores ortográficos, uso incorrecto de abreviaturas

Se evaluaron las primeras evoluciones de los estudiantes utilizando una guía de evaluación de cada uno de los componentes de las mismas:

- Motivo de ingreso (MI)
- Historia de Enfermedad Actual
- Antecedentes patológicos personales (APP) y familiares (APF)
- Examen Físico (EF)
- Resumen sindrómico

Se obtuvo una evaluación integral final de la primera evolución y el mismo procedimiento se siguió para la evaluación por los profesores.

Por último se compararon las evaluaciones de las primeras evoluciones confeccionadas por los estudiantes y otorgadas por los AA y la realizada por los profesores. Se establecieron los siguientes criterios de coincidencia:

Coinciden totalmente en todos sus aspectos: coinciden en contenido y redacción y la evaluación otorgada por ambos es la misma en todos los componentes.

Coinciden parcialmente en sus datos fundamentales: no coinciden totalmente pero no tienen grandes dificultades en cuanto al cronopatograma y semiografía de los síntomas en ellas reflejadas y la evaluación otorgada por ambos es la misma en los componentes fundamentales (anamnesis, examen físico y planteamiento sindrómico pero la evaluación integral de la primera evolución es igual.

No coinciden: no coinciden y tienen grandes dificultades en cuanto al cronopatograma y semiografía de los síntomas en ellas reflejadas y la evaluación otorgada por ambos no es la misma en los componentes fundamentales (anamnesis, examen físico y planteamiento sindrómico pero la evaluación integral de la primera evolución es diferente.

Los resultados obtenidos se vaciaron en tablas usando como medida de resumen en porcentaje de cada clase, los cuales fueron discutidos de acuerdo a la bibliografía consultada.

Los datos fueron procesados para su análisis y discusión. Se cumplieron los principios éticos para este tipo de investigación.

RESULTADOS

Tabla 1: Resultados de las evaluaciones de las primeras evoluciones confeccionadas por los estudiantes de 3er año evaluadas por los alumnos ayudantes.

Evaluación de los aspectos que componen las primeras evoluciones	Bien		Regular		Mal		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Motivo de ingreso	24	100	-	-	-	-	24	100
Historia de Enfermedad Actual	11	45,8	9	37,5	4	16,7	24	100
Antecedentes Patológicos Personales y Familiares	21	87,5	3	12,5	-	-	24	100
Examen físico	18	75,0	4	16,7	2	8,3	24	100
Resumen sindrómico	5	20,8	13	54,2	6	25,0	24	100
N=24								

Como resultado de las evaluaciones de las primeras evoluciones confeccionadas por los estudiantes de tercer año y que fueron evaluadas por los alumnos ayudantes (tabla 1) encontramos que 100 % evaluó de bien el motivo de ingreso, mientras que la HEA fue evaluada de regular en 37,5 % y mal en 16,7 %, los APP y los APF fueron evaluadas de bien y regular en 87,5 % y 12,5% respectivamente y el examen físico se evaluó de bien en 75% y de regular en 16,7 % sin embargo el resumen sindrómico se evaluó por los alumnos ayudantes 20,8 % bien, 54,2 % regular y 25% mal .

Tabla 2: Resultados de las evaluaciones de las primeras evoluciones confeccionadas por los estudiantes de 3er año y evaluadas por los profesores.

Evaluación de los aspectos que componen las primeras evoluciones	Bien		Regular		Mal		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%
Motivo de ingreso	24	100	-	-	-	-	24	100
Historia de Enfermedad Actual	3	12,5	9	37,5	12	50,0	24	100
Antecedentes Patológicos Personales y Familiares	15	62,5	9	37,5	-	-	24	100
Examen físico	4	16,6	11	45,8	9	37,5	24	100
Resumen sindrómico	4	16,6	9	37,5	11	45,8	24	100

N=24

En el resultado de la evaluación realizada por los profesores se encontró 100% de bien en el motivo de ingreso, igual resultado expresado en la tabla 1, los APP y APF con 62,5% de bien y ninguno mal, examen físico y resumen sindrómico con 16,6%de bien, aunque el último aportó 45,8% de evaluación mal; seguido con esta evaluación la historia de enfermedad actual con 50,0% y solo 3 (12,5%) con evaluación de bien.

Tabla 3: Comparación de las primeras evoluciones de cada aspecto que la componen realizada por los alumnos ayudantes y los profesores.

Evaluación de los aspectos que componen las primeras evoluciones	Bien				Regular				Mal			
	Por AA		Por Profesores		Por AA		Por Profesores		Por AA		Por Profesores	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Motivo de ingreso	24	100	24	100	-	-	-	-	-	-	-	-
Historia de Enfermedad Actual	11	45,8	3	12,5	9	37,5	9	37,5	4	16,7	12	50,0
Antecedentes Patológicos Personales y Familiares	21	87,5	15	62,5	3	12,5	9	37,5	-	-	-	-
Examen físico	18	75,0	4	16,6	4	16,7	11	45,8	2	8,3	9	37,5
Resumen sindrómico	5	20,8	4	16,6	13	54,2	9	37,5	6	25,0	11	45,8
N=24												

Al relacionar los resultados de las evaluaciones de las primeras evoluciones confeccionadas por los estudiantes y las evaluaciones otorgadas por los alumnos ayudantes y los profesores evaluaron el motivo de ingreso de bien (100%), mientras que la HEA los alumnos ayudantes la evaluaron de bien en un 45,8% y los profesores solo 12,5 % en esta clase (HEA), los profesores la evaluaron de mal en el 50% de las primeras evoluciones confeccionadas por los estudiantes y los alumnos ayudantes el 16,7% y los APP Y APF no presentaron grandes dificultades siendo evaluadas de bien en el 87,5% por los alumnos ayudantes y el 62,5% por los profesores. En cuanto a la descripción del examen físico los alumnos ayudantes evaluaron el 75% de bien y los profesores el 45% de regular y el 35,8% de mal, pudiéndose observar discordancia entre las

evaluaciones otorgadas por ambos evaluadores. En cuanto al resumen sindrómico los alumnos ayudantes evaluaron el 54,2% de regular y los profesores solo el 37,5% evaluando el 45,8% de mal, mientras que los alumnos ayudantes solo el 25% de mal.

Tabla 4: Comparación de la evaluación integral de las primeras evoluciones realizadas por los alumnos ayudantes y los profesores.

Evaluación integral de las primeras evoluciones de los estudiantes	Evaluadas por los AA		Evaluadas por Profesores.	
	No	%	No	%
Bien	11	45,8	6	25,0
Regular	10	41,7	11	45,8
Mal	3	12,5	7	29,2
Total	24	100	24	100

La tabla 4 compara la evaluación integral otorgada por los AA y los profesores a los estudiantes, donde los AA evaluaron el 45,8% de las primeras evoluciones de bien y los profesores solo al 25%, la evaluación de regular fue otorgada por los AA al 41,7% mientras que a los profesores se le otorgaron al 45,8% no existiendo grandes diferencias, sin embargo los AA solo evaluaron de mal el 12,5% de las primeras evoluciones confeccionadas por los estudiantes, mientras que los profesores otorgaron evaluaciones de mal al 29,2% hecho esto que apoya los resultados de las tablas anteriores que ya se han descrito.

Tabla 5: Coincidencia de la evaluación de las primeras evoluciones realizadas por los alumnos ayudantes y los profesores.

Coincidencia de las evaluaciones de las 1eras Evoluciones	No	%
Coinciden totalmente en todos sus aspectos	9	37,5
Coinciden parcialmente en sus datos fundamentales	11	45,8
No coinciden	4	16,6
Total	24	100

Al analizar la coincidencia de las evaluaciones de las primeras evoluciones realizadas por los AA y los profesores (tabla 5) encontramos que coinciden totalmente en todos sus aspectos el 37,5% coincidiendo parcialmente en sus datos fundamentales el 45,8% y no coinciden el 16,6% lo que nos permite afirmar que a pesar de estas incongruencias el proyecto de los AA mejoró la confección de las primeras evoluciones de los estudiantes de 3er año de medicina que participaron en la investigación, donde las mayores dificultades estuvieron en la confección de la

HEA y en el planteamiento sindrómico, aspectos estos que no estuvieron trabajados profundamente en el proyecto de la investigación llevada a cabo por los alumnos ayudantes en los estudiantes del tercer año de la carrera de medicina

DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados expuestos en la **tabla 1** podemos apreciar que las mayores dificultades persisten en la confección de la HEA, e independientemente que la habilidad específica está en la asignatura Propedéutica Clínica y Semiología Médica son necesarios contenidos de asignaturas precedentes, por ejemplo las habilidades de comunicación para un buen interrogatorio, y dominio de la estructura y función de un determinado sistema para orientarse a los posibles signos y síntomas, lo que alerta en la importancia del trabajo metodológico de las disciplina y asignaturas correspondientes orientadas a los modos de actuación profesional.

Los alumnos ayudantes también demostraron carencias a la hora de no evaluar adecuadamente la habilidad de interrogar, que le permita realizar un adecuado cronopatograma y describir de forma adecuada la semiografía de los síntomas referido por el paciente y su posterior relación la HEA.

Los autores consideran que los estudiantes alumnos ayudantes desde la autopreparación y en su práctica se centraron a desarrollar y perfeccionar la semiotecnia del examen físico, que además le resulta más motivante enseñar, y ya identificado como una necesidad de brindarle mayor atención desde las actividades de preparación.

Esto trae como consecuencia las dificultades detectadas en los planteamientos sindrómicos, al no complementarse la información obtenida por el interrogatorio y por el examen físico, que de acuerdo a la mayoría de los autores entre el 70 y 80% del diagnóstico se consigue con el interrogatorio.¹⁵⁻¹⁸

En un estudio realizado en la provincia resultó que el interrogatorio fue suspendido por el 65,3% de los estudiantes y con un promedio de calidad en los aprobados del 33,3%, y el resumen sindrómico también mostró resultados desfavorables con sólo el 50% de aprobados entre los examinados.¹⁹

Como podemos observar en la **tabla 2** las evaluación otorgada por los alumnos ayudantes y por los profesores existen diferencias, las que predominan en la HEA y en el resumen sindrómico, esto nos alerta que también pudieran existir deficiencias en los alumnos ayudantes para la confección de la HEA, en consecuencia dificultades al plantear el resumen sindrómico, por su parte el examen físico hay menos diferencias, lo que sí ha sido trabajado más intensamente por ambos, estudiantes de tercer año y alumnos ayudantes.

Los principales errores detectados en las primeras evoluciones fueron:

- ✓ Uso de signos y abreviaturas en la primera evolución.
- ✓ No se establece un adecuado cronopatograma en la misma (desorganizada)

- ✓ Deficiente exploración de la semiografía de los síntomas referidos por la paciente.
- ✓ Dificultades en la coherencia de la redacción de la HEA.
- ✓ No se precisan adecuadamente los APF en relación a familiares de primer orden.
- ✓ No se abordan adecuadamente de forma ordenada todos los aspectos que componen en método clínico durante el examen físico (dificultades y deficiencia en la exploración o descripción correcta de los explorados).
- ✓ Planteamientos sindrómicos con omisión o excesos de acuerdo a los datos reflejados en la primera evolución tanto por la HEA como por el Examen Físico descritos.
- ✓ Planteamientos sindrómicos que no tenían el respaldo semiográfico en la HEA ni en el Examen Físico y por ende no son planteables.
- ✓ Pobre relación de los síndromes planteados con el síndrome diagnóstico que se plantea.

Estos resultados coinciden con otros estudios realizados donde se expone que el examen físico complementa al interrogatorio y aunque aporta menos al diagnóstico médico no puede subestimarse su importancia.^{20-23.}

Cuando comparamos la evaluación de las primeras evoluciones en cada uno de los aspectos que la componen, las realizadas por los alumnos ayudantes y los profesores (**tabla 3**) podemos apreciar que los errores en HEA repercuten en la calidad de la HC, se demuestra que por muy bien que se haga el examen físico si no se realiza adecuadamente la HEA, existirá dificultad en el resumen sindrómico y que tanto los AA, como los estudiantes de 3er año de medicina tienen dificultades en la confección de HEA, en estos últimos nos atrevemos a afirmar que más que por desconocimiento es por descuido y brindar prioridad a la práctica del examen físico, lo que corresponde con los análisis anteriores.

La realización del examen físico implica contacto directo con el paciente y mayor objetividad en su evaluación, pero al mismo tiempo requiere repetición y destreza del examinador. Errores en el examen físico como la superficialidad, la inseguridad, las malas técnicas, así como, los exámenes por aparatos incompletos, fueron dificultades encontradas en investigaciones.^{19,20-23}

En la evaluación integral de la primera evolución (**tabla 4**) con un predominio de las evaluaciones bien y regular otorgada por alumnos ayudantes, mientras por los profesores predominaron el regular y el mal, se corresponde con las dificultades que genera la evaluación en sí con este enfoque integral, donde la habilidad de análisis y síntesis es esencial, y hace explícito entonces carencias por parte de los alumnos ayudantes para este tipo de evaluación lo que exige a su vez una mayor preparación en esta área.

Este resultado guarda relación directa con el de la tabla 5, destacando que el menor por ciento (16,6 %) resultó no coincidente entre profesores y alumnos ayudantes y el mayor porcentaje con una coincidencia parcial en los datos fundamentales.

El alumno ayudante representa una fortaleza en los momentos actuales y especialmente para la atención de los estudiantes que se inician en los escenarios hospitalarios y en elevado número. En estudio realizado por Piedad Cabrera se analizan varios autores defensores de la posibilidad de utilizar a este estudiante en función de la impartición de docencia, al tiempo enuncia las ventajas que reporta para el aprendizaje de este.²³

Los alumnos ayudantes necesitan una preparación sistemática que favorezca su formación docente, y particularmente en la carrera la enseñanza de la clínica se impone con las características como didáctica particular, donde la evaluación de las habilidades constituye determinante en la calidad del proceso formativo.

Para el estudiante recibir atención por los alumnos ayudantes u otros estudiantes de años superiores representa también una oportunidad de intercambio en un clima de mayor confianza, siempre que estos estén bien preparados y motivados con enseñar y en correspondencia se autopreparen en los contenidos y en las herramientas que la educación médica les proporciona en función de un desempeño exitoso en el presente y con proyección de desarrollar las competencias docentes que deben caracterizar al profesor en medicina.

CONCLUSIONES

Existe insuficiencias en la redacción de la primera evolución, en la Historia de Enfermedad Actual hay deficiencias en la exploración semiográfica de los síntomas y en el cronopatograma. El uso de abreviaturas, la ordenada escritura de los aspectos que componen el método clínico durante el examen físico fueron las principales deficiencias que impidieron la realización correcta de los planteamientos sindrómicos

Existió uniformidad relativa entre la evaluación realizada por los alumnos ayudantes y la realizada por los profesores. Los alumnos ayudantes requieren mayor preparación en el área de evaluación.

RECOMENDACIONES

Profundizar en la preparación de los alumnos ayudantes en el tema evaluación en la educación en el trabajo.

Intencionar desde el trabajo metodológico interdisciplinario el tratamiento a las técnicas de entrevista médica e interrogatorio que permita afianzar las habilidades de interrogar para la obtención de la información necesaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simel DL; Historia clínica y exploración en Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna, 25.ª edición, de Lee Goldman y Andrew I. Schafer, Cap 7 (p 25-27). 2017. Ed: Elsevier España
2. Vergara Quintero María del C. Tres concepciones históricas del proceso salud- enfermedad. Salud y Enfermedad.(p 4-50) .2007; 12(enero- Dic)
3. Ilizástegui Dupuy F Rodríguez Rivera L. Editorial. El Método Clínico. Rev Finlay 1990;4(4): 3-23.
4. Hernández Hernández R. Del método científico al clínico. Consideraciones teóricas. Medisur 2010; 8 (5) 63-7. Suplemento: "El Método Clínico"
5. Corona Martínez L.A. El método clínico como un método para el diagnóstico médico. Crítica a una concepción vigente. Medisur 2010; 8(5): 75-78 Suplemento "El método clínico"
6. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cub Educación Med Sup 2000; 14(2):109-27
7. Rodríguez Rivera L. La ciencia y el arte en el examen físico. Medisur 2010; 8(5):33-5. Suplemento "El método clínico"
8. Espinosa Brito A D. La unicidad en la diversidad. Factores en cuestión* Medisur 2010; 8(5): 21-7 Suplemento "El método clínico"
9. Roca Goderich R Moya González N. El Método Clínico. Algunas reflexiones en defensa del examen clínico. (folleto) Santiago de Cuba. Universidad Médica Santiago de Cuba. 2011
10. Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas J.A. El método clínico y el método científico. Medisur 2010; 8(5): 12-20 Suplemento "El método clínico"
11. González Menéndez R. La etapa contemporánea de la relación médico paciente Rev Cub Salud Pública, 2004;30(2): abril-junio
12. Cruz Martínez, O Fragoso Marchante María Caridad, González Morales Iris, Sierra Martínez, Dyanelis Perla Labrada González J A .La relación médico paciente en la actualidad y el valor del método clínico Medisur 2010; 8(5): 110-120. Suplemento "El método clínico"
13. Moreno Rodríguez M A Deficiencias en la entrevista médica. un aspecto del método clínico. Medisur 2010; 8(5) 45-51 Suplemento "El método clínico"
14. Moreno Rodríguez M A. El arte y la ciencia en la anamnesis. Medisur 2010; 8(5): 28-32 Suplemento "El método clínico"
15. Cruz Hernández J, Hernández García P, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Sal Púb 2012[citado 8 mar 2016]; 38(3):422-437. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/203/232>
16. Cisnero Álvarez Y, Hernández Castellanos G, Jiménez Leyva M, Hernández Castellanos G. Valoraciones sobre la crisis del método clínico en el nuevo milenio.CCM.2012 [citado 8 mar 2016]; 17(1):65-70.Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v17n1/ccm09113.pdf>

17. Alfonso de León AG. Utilización inadecuada de los avances científicos técnicos del laboratorio clínico y del método clínico. Repercusión en los servicios de salud. Rev Med Electrón. 2013[citado 8 mar 2016]; 35(4). Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1009>
18. Espinosa Brito A. La clínica y la Medicina Interna. Rev Cubana Med. 2013[citado 8 mar 2016]; 52(3):214-27. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v52n3/med08313.pdf>
19. Reyes Sanamé FA, Ramírez Estupiñan M, Alfonso Figueredo E, Pérez Álvarez ML, Ardevol Proenza E. Dominio y aplicación del método clínico por los estudiantes de tercer año de la carrera de medicina. CCM. 2016 [citado 16 ago 2016]; 20(1): 147-161. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812016000100012&lng=es
20. Pérez Lache N. Lugar y papel del método clínico. Rev Cubana Med. 2011[citado 8 mar 2016]; 50(1):112-115. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/med/v50n1/med12110.pdf>
21. Díaz Novás J, Gallego Machado BR, Calles Calviño A. Bases y particularidades del método clínico en la atención primaria de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2011 [citado 8 mar 2016]; 27(2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864->
22. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A, Bosch Bayard RI. Errores más frecuentes al interrogar y su asociación con la certeza diagnóstica. Rev Cubana Med Mil. 2012[citado 8 mar 2016]; 41(4). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000400003&lng=es&nrm=iso
23. Piedad Cabrera-Murcia. . ¿Cómo diseñar ayudantías que favorezcan el aprendizaje activo de los estudiantes tutorados? La percepción del ayudante universitario. Estudios Pedagógicos XLIII, N° 3: 47-62, 2017