

Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas

## INTRODUCCION A LA CLINICA

### ADQUISICION DE CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES

**\*Dr. Héctor Vera Acosta. Calle 216 A Núm. 1515. Municipio Playa. Ciudad de La Habana.**  
[hvera@cimeq.sld.cu](mailto:hvera@cimeq.sld.cu)

**\*Profesor Titular ISCMH. Profesor Consultante ISCMH y CIMEQ.**

#### RESUMEN

La asignatura Introducción a la Clínica se imparte en la Atención Primaria. Sus objetivos son enseñar a realizar un examen físico en pacientes sanos y establecer una relación médico-paciente adecuada. Para valorar su cumplimiento se desarrolló esta investigación. A 50 alumnos del sexto semestre del curso 2003-2004, de los hospitales Carlos J. Finlay y CIMEQ, se les aplicó un cuestionario para conocer sus opiniones sobre el cumplimiento de los objetivos de la asignatura. En 14 alumnos del curso 2004-2005 que comenzaban el quinto semestre en el hospital CIMEQ se valoraron sus habilidades en la realización del examen físico. Resultados: El 64% de los entrevistados del curso 2003-2004 no adquirieron todos los conocimientos y 100%, las habilidades. Sólo 22% refirió haber desarrollado una relación médico-paciente adecuada. En la realización del examen físico todos tuvieron dificultades. Los objetivos no se cumplen en su totalidad.

**Palabras clave:** Introducción a la Clínica; Adquisición de conocimientos y habilidades; Examen físico, Relación médico-paciente.

## INTRODUCCION

El plan de estudios de la Carrera de Medicina, vigente al triunfo de la Revolución, era de 1942;1 se impartía en el tercer año la asignatura Patología General, cuyos contenidos se correspondían con los que después de la Reforma Universitaria de 1962 1 se llamó, primero, Semiología y después Propedéutica Clínica y Fisiopatología.

Al concretarse la Reforma Universitaria 2 se dieron las condiciones objetivas para que el estudiante pudiera dedicarse a tiempo completo a las actividades curriculares.

La asignatura ocupaba un año en la Carrera, compartiendo con otras disciplinas. Años después, durante varios cursos, los estudiantes concurrían a las actividades teóricas y prácticas tres veces por semanas durante un año, debido al número de alumnos y a que la docencia se impartía solamente en cinco hospitales docentes clínico-quirúrgicos.

Al implantarse el nuevo plan de estudios en 1985, 3 la asignatura pasó a impartirse en un semestre; la mitad del mismo (10 semanas) se empleaba en la enseñanza de la Historia clínica, es decir, en la adquisición de los conocimientos y habilidades necesarias para iniciarse en la atención de los pacientes asignados a cada alumno.4

Posteriormente, en el curso 1998-1999, comenzó a impartirse en el segundo semestre del segundo año una asignatura: Introducción a la Clínica.5 En la Carpeta Académica del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana 6 están bien definidos sus objetivos educativos e instructivos, así como los temas y el programa analítico cuentan con orientaciones para el aprendizaje y sistema de evaluación. La asignatura se imparte en 18 semanas; cuatro horas un día a la semana.

Las decisiones curriculares son cuestionables, perfeccionables y sometibles a evaluación continua. Por ello, nos hacemos la siguiente pregunta: ¿Cumple la asignatura los objetivos para los cuales fue diseñada?; si no los cumpliera ¿Qué factores pueden influir?

Con el interés de dar respuesta a estas interrogantes desarrollaremos nuestro trabajo.

## MATERIAL Y METODOS

Realizamos una investigación cognitiva mediante un proyecto de evaluación con un objetivo transformador; para ello se confeccionó un cuestionario para conocer las opiniones de un grupo de alumnos, a otros se les evaluó, además, la ejecución del examen físico en un paciente.

## UNIVERSO DE ESTUDIO

Constituido por 51 alumnos que cursaban el 6to. semestre de la Carrera de Medicina en los hospitales CIMEQ y Carlos J. Finlay (Curso 2003-2004) y que aprobaron la asignatura de Introducción a la Clínica en el curso precedente, por lo que sus vivencias del Proceso Enseñanza-Aprendizaje estaban bien claras en sus memorias y 14 Alumnos del curso 2004-2005 que comenzaron el 5to. semestre en el Hospital CIMEQ, fue el total para la base de este estudio.

## CRITERIOS DE INCLUSION

--Ser estudiante de la Facultad Finlay-Albarrán.

--Haber cursado la asignatura Introducción a la Clínica en esta Facultad.

## CRITERIOS DE EXCLUSION

--Haber cursado el cuarto semestre en otra Facultad.

--Haber sido alumno ayudante de MGI o Medicina Interna.

## METODOLOGIA

El cuestionario, que es semiabierto, incluía los siguientes acápite:

- Policlínico de procedencia.
- Atención en el Consultorio.
- Especialidad del profesor de las Conferencias.
- Nivel asistencial del Profesor de las clases prácticas.
- Similitud en la semiotecnia en los distintos niveles de la enseñanza.
- Continuidad de la atención en el Consultorio.
- Adquisición de los conocimientos (saber) y habilidades (saber hacer) en la confección de la Historia clínica.
- Grado de la relación médico-paciente obtenida.

- Parte del examen físico con dificultades: General, Regional y/o por Aparatos y Sistemas.
- Opinión de la asignatura. Se le entregó a cada alumno, se les explicó cada uno de los ítems y se solicitó la voluntariedad para darle respuesta. Los alumnos del curso 2004-2005 sólo respondieron hasta la pregunta 6 y fueron llevados a las salas de Medicina para ejecutar el examen físico de un paciente; se evaluó el conocimiento de los acápites que integran la Historia clínica que ellos deben de realizar.

Las respuestas se procesaron manualmente. Los resultados se muestran en tablas.

## RESULTADOS

Los alumnos recibieron sus clases teórico-prácticas en 6 Policlínicos de la Facultad Finlay-Albarrán.

La mayoría en Dr. Portuondo, Docente de Playa y Elpidio Beruyides. En las clases prácticas en los consultorios de esos Policlínicos, 23.4% rotaron por más de un consultorio. (Tabla 1).

**Tabla 1**

### Distribución de los alumnos por Policlínico de procedencia y asistencia a los mismos Consultorios

Policlínico		El mismo consultorio	
		Sí	No
Dr. Portuondo	20	18	2
Docente de Playa	15	12	3
<u>Elpidio Beruyides</u>	12	6	<u>6</u>
Dr. Carlos J. <u>Finlay</u>	9	7	2
Cristóbal Labra	5	4	1
16 de Julio	3	2	1
TOTAL	64	49(76.6%)	15(23.4%)

**Fuente:** Encuesta alumnos curso 2003-2004 y 2004-2005.

Las clases teórico-prácticas fueron impartidas por profesores de Medicina Interna (MI) y de Medicina General Integral (M.G.I); en ocasiones por ambos, pero la mayoría, por los segundos. Las clases prácticas se impartieron por Especialistas de M.G.I. a 90.6% de los alumnos. (Tabla 2).

**Tabla 2**

Profesores de las clases teórico-prácticas y prácticas

Clases teórico-prácticas		Clases prácticas	
Prof. MI	Prof. MGI	Especialista MGI	Residente MGI
19	53	58 (90.6%)	6 (9.4%)

**Tabla 3**

**Atención a los alumnos al asistir a los Consultorios**

Siempre	No siempre
47 (73.4%)	17 (26.6%)

**Fuente:** Encuesta alumnos curso 2003-2004 y 2004-2005.

Expresaron algún grado de discrepancias entre la semiotecnia impartida en los Policlínicos y las practicadas en los consultorios. (Tabla 4).

**Tabla 4**

**Igualdad de la semiotecnia impartida en los Policlínicos y la practicada en los Consultorios**

Sí	No
35 (54.7%)	29 (45.3%)

**Fuente:** Encuesta alumnos curso 2003-2004 y 2004-2005.

En cuanto al conocimiento teórico (saber), 64% expresaron que no fue total en relación con las exigencias del Hospital. (Tabla 5).

Respecto a las habilidades (saber hacer), 100% afirmaron que no fueron adquiridas todas las necesarias. (Tabla 5).

**Tabla 5**

**Adquisición de conocimientos y habilidades**

Conocimientos		Habilidades	
Algunos	Todos	Algunas	Todas
32 (64%)	18 (36%)	50 (100%)	-

**Fuente:** Encuesta alumnos curso 2003-2004.

Al valorar el establecimiento de la relación médico-paciente, solamente 22% dijo haber sido completa; el resto, 78% , expresó que no fue suficiente. (Tabla 6)

**Tabla 6**

**Establecimiento de la relación Médico-Paciente**

Completa	No completa
11(22%)	39 (78%)

**Fuente:** Encuesta alumnos curso 2003.2004.

Al precisar en qué aspecto de la realización y registro de la Historia clínica (saber hacer) presentaron dificultades, lo refirieron en el Examen Físico General (EFG) 6%; en el Examen Físico Regional (EFR) 14% y en el Examen Físico por Aparatos y Sistemas (EF por Ap y Sist) 32%.

En dos aspectos: EFG y EFR, 4%; en el EFG y EF por AP y Sist, 4%; en el EFR EF por Ap y Sist, 6%.

En los tres aspectos, (EFG, EFR y EF por Ap y Sist), 32%. (Tabla 7).

La realización del examen físico por los alumnos del curso 2004-2005 demostró que todos tenían dificultades, 78.6% en los tres aspectos y el resto en dos, EFR y EF por Ap y Sist. (Tabla 7).

**Tabla 7**

**Alumnos con dificultad para realizar y registrar el examen físico**

EFG	EFR	EF por Ap y Sist	EFG y EFR	EFG y EF por Ap y Sist	EFR y EF por Ap y Sist	EFG, EFR y EF por Ap y Sist
3 (6#)	7 (14%)	16 (32%)	2 (4%)	2 (4%)	3 (6%) [3(21.3%)]	17 (14%) [11(78.6%)]

**Fuente:** Encuesta alumnos curso 2003-2004. Entre corchetes, resultados en el curso 2004-2005.

En relación con la pregunta abierta, 49 estudiantes (98%) expresaron que era útil; que se debe perfeccionar 48%; tener más práctica, 24% y solamente, 6% se refirió a la necesidad de un texto. (Tabla 8).

**Tabla 8**

**Opiniones de los alumnos acerca de la asignatura**

Es útil	49 (98%)
Se debe perfeccionar	24 (48%)
Debe tener más práctica	12 (24%)
Necesidad de un texto	3 (6%)

**Fuente:** Encuesta alumnos del curso 2003-2004.

## DISCUSION

En el programa de Introducción a la Clínica se precisan muy claramente definidos los objetivos que el estudiante debe alcanzar al concluir su estancia: establecer una relación médico-individuo adecuada, realizar un examen físico completo y registrarlo correctamente. Todo ello en un individuo sano.

Por los resultados de la investigación realizada se puede afirmar que no se obtienen todos los conocimientos ni las habilidades planteadas.

Los estudiantes en el tercer año comienzan el método clínico, pero con los cambios del plan de estudios realmente se inician en el cuarto semestre como una avanzada. El Profesor Ilizastigui 7 expresó en un artículo publicado hace algunos años: "Si cada clínico emplea el método a su conveniencia las consecuencias (iatrogénicas, antihumanas, antiéticas, y económicas) son nefastas." Como ejemplo de lo anterior Espinosa Brito, 8 expresa ".....deterioro de la relación médico-paciente por abandono o mal uso del método clínico".

Lo primero que se establece entre un paciente, sano o enfermo, y su médico es una comunicación que puede ser verbal o no, como cuando se le estrecha la mano, se le da una palmada en el hombro, pero nunca "siéntese y quítese la camisa" o algo similar.<sup>9</sup>

En el método clínico, se comienza por la anamnesis del paciente y después el examen físico.<sup>10</sup> La anamnesis además de los datos de identidad puede ser actual o remota y si es sano siempre tendrá una remota (antecedentes patológicos personales, familiares, hábitos tóxicos y otras cuestiones más). Con este inicio contribuimos a establecer una relación médico-paciente adecuada, que permitirá comenzar el examen físico.

Todo lo antes expuesto nos pudiera explicar el porqué ante la pregunta del establecimiento de la relación médico-paciente, los estudiantes encuestados expresaron que no se estableció, y la causa



fue la violación del método clínico en su primer escalón, la anamnesis, pues ésta no se hace.

En un estudio realizado en Matanzas, Alonso González y Kratfchenko Beoto reportan que sólo 29.78% de los estudiantes del tercer año consideraron positiva la influencia del Proceso Docente Educativo en cuanto a su formación para lograr una relación médico-paciente adecuada y 57.25% manifestaron un bajo nivel de conocimientos de los elementos que caracterizan la comunicación médico-paciente. 11

Díaz Véliz Martínez encontró, en su estudio, dificultades en la relación médico-paciente al valorar ésta en el Ciclo Básico y Clínico en estudiantes de Villa Clara. 12

En el programa de la asignatura están bien precisados los objetivos instructivos: “realizar una historia clínica completa en un individuo sano y registrar correctamente cada una de las partes del examen físico”.

Por la encuesta realizada podemos asegurar que estos objetivos no se consiguieron. ¿Qué puede haber influido?

Los conocimientos y habilidades que tenemos que evaluar son los que se corresponden al perfil de salida del Médico General Básico 3,8 y recordando que los conocimientos y habilidades se van desarrollando en la medida que se progresa en el vencimiento de las unidades curriculares (microcurrículo).

Con estas dos premisas abordaremos la respuesta a esta pregunta.

En el diseño de la asignatura se dedican dos horas a la actividad teórico-práctica, que en realidad no son dos horas, pues mientras llegan los alumnos finalizan las reuniones matinales, se pierde un tiempo determinado. Después dos horas para la práctica; esta última en un Consultorio que no está al lado del Policlínico y al cual el alumno debe trasladarse por sus propios medios; al llegar puede que se encuentre un paciente que no es “sano” y se establece la práctica, pero entre los alumnos como pacientes, lo cual tiene limitaciones. Las cuatro horas antes referidas son cada semana, durante 18 semanas. Por lo tanto, al no ejecutar el examen físico los seis días restantes, por estar en otras disciplinas, contribuye a la no sedimentación del conocimiento y de las habilidades.

Otro elemento a tener en consideración es la discrepancia entre las clases teórico-prácticas y las clases prácticas. Esto se presentó en 45.31%.

Cuando se inició el curso 1961-1962, fue nombrado un grupo de estudiantes “alumnos ayudantes”, cuya tarea era enseñar los contenidos prácticos de la asignatura Propedéutica Clínica, como los alumnos provenían de distintas salas del Hospital “Calixto García”, el profesor Raimundo Llanio les dio un entrenamiento con el fin de unificar los conocimientos y el método para dar las clases prácticas. Todos los alumnos ayudantes sabían hacer de modo uniforme.

Otro hecho que pudiera contribuir a la no adquisición de las habilidades es que 26.56% refirieron que no siempre fueron atendidos en el Consultorio.

El Profesor Fidel Ilizástigui Dupuy escribió, hace algunos años, “la garantía de ser un buen profesor no se relacionaba solamente con los conocimientos científicos, sino que era necesario poseer conocimientos psicopedagógicos”.<sup>13</sup> En igual sentido, se pronuncian Fernández Oliva y Nolla Cao,<sup>14</sup> pero añaden “el dominio de los elementos fundamentales de la comunicación”.

No pienso que en la falta de conocimientos y habilidades haya influido en el tipo de especialista (MI o MGI), ni la existencia o no de categorías docentes entre los especialistas, ni la posibilidad que no tengan todos los especialistas maestría docente. Esto pudiera ser superado si se unifican las orientaciones metodológicas en cuanto a las actividades de educación en el trabajo como igualmente plantea Díaz Véliz Martínez en su artículo ya referido<sup>12</sup> y los integrantes de la actividad docente reciben un entrenamiento por aquellos que más desarrollo han adquirido en esta disciplina.

Por último debemos reconocer que los estudiantes están convencidos de la utilidad de la asignatura, pues les permite llegar a las salas del hospital con algunos conocimientos y habilidades para enfrentar sus nuevas responsabilidades.

## **RECOMENDACIONES**

- 1.- Se debe modificar el tiempo lectivo de la asignatura, pudiera ser cuatro semanas continuas en horario de 8 a 12. Esto al finalizar el cuarto semestre.
- 2.- El profesor principal de la asignatura o quien se designe debe de instruir al claustro de profesores o especialistas sobre la forma más adecuada de dar los contenidos de la asignatura.
- 3.- Se debe iniciar la actividad teórico-práctica con los elementos de la anamnesis remota. Así como aquellos otros datos de anamnesis necesarios para establecer una relación médico-paciente adecuada.
- 4.- Deben ejercitarse los aspectos precedentes con los nuevos contenidos.
- 5.- La clase teórico-práctica pudiera limitarse a una hora y media, la práctica de dos horas, (media

hora de traslado). En todo momento se debe garantizar la presencia de pacientes en estas actividades.

**ABSTRACT:** The matter "Introduction to Clinic". Getting of knoweledge and skills.

The matter "Introduction to Clinic" is been taught in Primary Care Level in Cuba. Their main objetives are to teach how to make a physical examin healthy patients and how establish an adecuate doctor-patient relationship. The present research was developed to make student's assessment about their skiis in both objetives. Material and Meted: 50 Sixth Semester medical students of course 2003.2004 at Carlos J: Finlay Hospital and CIMEQ Hospital answered a questinnaire for knowing their opinons about the accomplishment of those objetives. 14 Fifth Semestre medical students of cuorse 2004.2005at CIMEQ Hospital were assessed to know thier physical exam skills. Results: 64% of the medical students did not get all the knoweledge and 100% of them did not have the skills. Just 22% of them had the opinon that htey were able to have an appropriate doctor. Patient relationship. Difficulties in physical exam realization werw found in allthe students. Conclusions: Tke objetives were not totally learned by population studied.

**Key words:** Introdiction to Clinic; Knowledges and skills acquisition; Physical exam; Doctor-patient relationship.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1 Delgado García G. Desarrollo histórico de la enseñanza médica superior en Cuba desde sus orígenes hasta nuestros días. Educ MédSuper. 2004; 18 (1): Soporte electrónico.
- 2 Castro Ruz F. El pensamiento de Fidel Castro. Selección Temática. La Habana: Editora Política; 1983,t. I, v. 2, p. 682.
- 3 Documento Minsap-ISCMH. Características Generales del Plan de Estudios para la formación del Médico General Básico. La Habana: 1985.
- 4 Programade la asignatura Propedéutica Clínica y Fisiopatología.
- 5 Pernas Gómez M, Arencibia Flores L, y Ortiz García M.

El plan de estudios para la formación del médico general básico en Cuba: Experiencias de su aplicación. Rev Cubana Educ Méd Super.

2001;15(1):9-21.

6 Carpeta Académica del ISCMH.

7 Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: Muerte y Resurrección.

Rev Cubana Educ Méd Super. 2000;14(2):109-27.

8 Espinosa Brito A. Interrogantes y Tendencias en la Clínica a las puertas del siglo XXI.

RevCubana Salud Pública. 2002; 28 (3): Soporteelectrónico.

9 González Menéndez R. La relación Médico-Paciente y su significado en la formación profesional.

Rev Cubana Educ Med Super. 2003; 17(4): Soporte electrónico

10 Moreno Rodríguez MA . El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; Capítulo I 2001, p. 25.

11 Alonso González M. y Kratfchenko Beoto O. La comunicación médico-paciente como parte de la formación ético-profesional de los estudiantes de medicina. Rev Cubana Educ Med Super. 2003; 17(1).39-46.

12 Díaz Véliz Martínez E. Metodología docente para preparar al estudiante de medicina en su atención integral a la familia. Rev Cubana Educ Méd Super. 2002; 16(4): Soporte electrónico.

13 Ilizástigui Dupuy Fidel. Factores que convulsan la educación médica. La Habana: Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. Ministerio de Salud Pública.

14 Fernández Oliva B. y Nolla Cao N. La maestría pedagógica, su relación con el modelo comunicativo de la enseñanza contemporánea. Rev Cubana Educ Med Super. 2003;17(1):5-13.

