

**ENSAYO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA APLICADA – CLÍNICA**

# **LAS QUEJAS CLÍNICAS: UN PILAR Y VÍA ESENCIAL PARA EL DIAGNÓSTICO**

**DR. ISRAEL MONTES DE OCA**

**PROFESOR TITULAR. JUBILADO. FACULTAD DE MEDICINA. PROFESOR ASESOR DE  
LA CÁTEDRA DE MEDICINA B, HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS.**

# Las Quejas Clínicas: Un pilar y vía esencial para el diagnóstico.

## C O N T E N I D O

	<b>Páginas</b>
1.- Introducción	-3-
2.- Historia de la integración de las quejas a la Historia clínica	-5-
3.- Descripción de las Quejas	-12-
3A. Definición	
3B. Clasificación	
3C. Características	
3D. Tipificación	
3E. Aspectos humanísticos	
4.- Las Quejas en la Historia clínica y sus modelos	-27-
- Convencional	
- Patobiográfico	
- Por problemas (Weed)	
- Heurístico	
- Ley probabilidades de Bayes	
5.- Las Quejas y Epidemiología clínica	35
6.- Conclusiones	-38-
7.- Bibliografía, Lecturas recomendadas	-39-

## LAS QUEJAS CLÍNICAS: UN PILAR Y VÍA ESENCIAL PARA EL DIAGNÓSTICO

Dr. Israel Montesdeoca

**La Medicina es tan difícil como la vida; porque ambas deben comprender la existencia total del hombre. I.M.**

### 1,-Introducción:

La historia de la Medicina es tan antigua como la aparición del hombre en las diferentes civilizaciones, donde la atención de los problemas de salud se realizaba en la forma más simple y la ayuda al que padecía alguna molestia la realizaban los chamanes, los curanderos y la magia de los hechiceros considerados como protomédicos, y tenía esa atención un carácter de intensa y apasionada relación con los dioses, a quienes se les atribuían facultades de curación infinitas; como fueron Imhotop (3000-2800 ac) en la cultura egipcia, Apolo y sus descendientes como Esculapio (1200 ac) en la egregia civilización griega y Zeus como dios de los dioses.

Era sin duda una Medicina, sin base científica, empírica; pero que tenía no obstante un profundo sentido humano, que lamentablemente no ha sido reconocida y estudiada como tal por los historiadores médicos.

Es solo cuando surge la Escuela de Cos en Grecia, cuya figura estelar Hipocrates; que se producen los cambios más profundos del significado del ser enfermo, cuando a través del Corpus Hipocraticum se da a los médicos los esenciales principios para proporcionar una ayuda médica distinta basada en un acto médico, que por primera vez tenía características que iban más allá del juramento hipocrático como eran: Que se reunía en un sistema científico los conocimientos médicos, que la Medicina será siempre el arte de curar, que el médico, al amor de su profesión debe agregar el amor a la humanidad.

Otros contenidos del Corpus Hipocraticum son: Separa la Medicina de la Teología, y por primera vez se describen específicas enfermedades, se explora al paciente aplicando todos los sentidos; recordar que en ese momento histórico predominaba el criterio que la enfermedad emergía como producto de la alteración de los humores.

Todos los médicos de la época siguiendo la inspiración ética del máximo paradigma glorioso

como lo era Hipócrates quien con sus aforismos: la ocasión es fugaz, la experiencia es engañosa, el tiempo es largo y el juicio difícil, pudo fundar y legar el método clínico; pero considerando al paciente en su totalidad y estudiado por novedosas aplicaciones del razonamiento como son la observación clínica y la anamnesis, madre genuina de la historia clínica y cuya base primordial es la queja, que por razones de su importancia para el diagnóstico, hemos seleccionado para desarrollar este ensayo de investigación clínica.

El tópico de la quejas será el objetivo único de este ensayo; y analizado en forma amplia y profunda y revelar en esa forma, la necesidad de que sean consideradas más detenidamente por los médicos, por ser como las guías excelsas para llegar a un diagnóstico con mayor seguridad y precisión.

La Historia clínica, como la conocemos actualmente, tiene su desarrollo desde que la escuela de Hipócrates la introduce al comienzo como un análisis holístico del paciente, pero que posteriormente fue enriqueciéndose progresivamente a través de los tiempos (siglos), por el aporte de la descripción maravillosa, inusitada y genial de muchos síntomas que han sido detectados por excelsos y maravillosos médicos y que para los objetivos de este trabajo denominaremos Quejas, y que no son más que la misma sintomatología propia de una enfermedad y son los que llevan al médico a realizar un preciso diagnóstico como se comentara posteriormente.

La suma intemporal de las distintas descripciones, de los síntomas (Quejas), realizada por dichas figuras hicieron posible la estructura de la historia clínica hasta finales del siglo XIX y cuyas diferentes formas de elaborarla hoy en día serán discutidas en el desarrollo de este trabajo clínico.

Para el Médico su meta es la Historia clínica como herramienta diagnóstica; pero para el paciente describe un documento que no es escrito, de mucho más trascendencia que el diagnóstico y son sus quejas.

A continuación se hace una enumeración o esquema del núcleo de planteamientos para describir los detalles de este estudio y como decía Hipócrates: “No es fácil dar detalles exactos y completos por escrito; pero el lector puede formarse un esquema con las descripciones”.

1) Aspectos Históricos: Los diferentes y principales eventos históricos, tanto extranjeros como venezolanos, con sus efemérides cronológicas de como los seguidores de Hipócrates, y otros médicos científicos estelares, pudieron aportar descripciones de síntomas (Quejas), que integraron posteriormente la Historia clínica y donde radica el mérito indiscutible de todos

ellos.

2) Descripción de las Quejas:

Definición, estructura, clasificación, implicaciones clínicas en la relación Médico-Paciente.

Ubicación en la Historia clínica (HC). Papel en el razonamiento diagnóstico y un análisis de la parte humanísticas de las Quejas.

3) Tipificación y características de las Quejas en el proceso diagnóstico.

4) Distintas metodologías clínicas para verificar un diagnóstico específico a través de las Quejas.

5) Resultados de una investigación clínica para constatar la importancia de las Quejas (el contexto de un análisis holístico de los datos clínicos aportados por el paciente).

**LOS ALCANCES DE LO ESENCIAL, NO SE PERCIBEN POR SI MISMO. SE OCULTAN PARA TODOS; MENOS PARA LOS SABIOS”**

**ANÓNIMO**

**2) Historia de la integración de las Quejas a la Historia clínica:** Para el estudio del primer punto, no existe la menor duda que Hipócrates (460-370 a.c.) y su escuela fue el punto de partida de la gran transformación médica surgida en la Medicina griega y que se constituyó por su influencia médica en el gran legado para siempre, incluyendo a nuestra era. Sus seguidores, especialmente los grandes clínicos, no dejaron de contribuir a que esa proyección hipocrática se perfeccionara y hacer de sus enseñanzas la base del estudio del hombre en su totalidad.

Los principales seguidores fueron todos médicos prefulgentes, creativos, immanentes, con continuo aporte a través de los tiempos por otros científicos, no necesariamente hipocráticos, pero que hicieron que la Medicina se solidificara como una profesión ineludiblemente impregnada de arte y ciencia.

Erasistrato (304-250 a.c.), primer seguidor de Hipócrates, estudió el dolor como gran expresión del sufrimiento.

Avicenna (980-1037), siguió la medicina griega y escribió sobre las enfermedades en su

libro "Quamun"

Claudeus Galenus de Pergamo (129-216), quien tuvo gran influencia sobre los médicos de su época, y describió variadas quejas y perfeccionó la Historia clínica.

Paracelsus (1493-1541), contradijo los criterios médicos de Galeno, pero analizaba en profundidad las quejas de los pacientes en la cabecera de los mismos y expresaba: "Los pacientes son tus textos y el lecho del enfermo es tu estudio"...escribió el libro "Paramirunh".

Thomas Sydenham (1624-1689) ha sido considerado el Hipócrates inglés, represento la excelencia en la Medicina europea al describir quejas y múltiples enfermedades, y escribió libros sobre la curación de la fiebre como queja fundamental de los pacientes.

Leopold Aunbrugger (1722-1809), inventor de la percusión torácica (Inventum Norum).

Jean Corvisart (1705-1800), gran clínico que aplicó todos los conocimientos sobre las quejas con extensa experiencia en la realización de los diagnósticos.

Joseph Skoda (1801-1881), fue un excepcional crítico de la incompetencia de los médicos, pero promocio el desarrollo de la auscultación y la percusión; fue considerado el más destacado medico de su época en toda Europa.

Rene Theophilue Laennec (1781.1826), a pesar de su vida corta, fue una figura estelar de la clínica. Inventó y puso en práctica el primer estetoscopio, describiendo múltiples y diversos signos auscultatorios que representaban quejas (síntomas) esenciales para el diagnóstico. y extendió su sabiduría clínica al análisis de numerosas enfermedades. Escribió "Del Auscultation Mediate".

Jean Martin Charcot, (1825-1893), por su genio y creatividad hizo posible la existencia de la época de oro de la neurología, desarrollando nuevas semiotecnias neurológicas y describiendo múltiples enfermedades de la especialidad, insistiendo en los síntomas neurológicos (quejas) para hacer los diagnósticos en forma demostrativas. Creó así una famosa escuela de Neurología, donde se formaron excelsas figuras médicas, que difundieron su legado, como fueron: Babinsky y Freud.

Joseph F. Babinsky (1857-1932) descubre el famoso signo (dato clínico duro), que lleva su nombre por siempre.

En 1882, se celebra el Primer Congreso de Medicina Interna, organizado por los doctores Friedrich T. von Frerichs (1819-1883) y Ernst Víctor Leyden (1831-1910), quienes hacen un gran aporte al considerar todos los síntomas del paciente en una forma de unidad y proporcionando por primera vez la doctrina gloriosa de la Medicina Interna con el establecimiento de un lazo espiritual a los fines de mantener y cultivar concretamente la

unidad del organismo humano. Nació así el componente humanístico en la interpretación de las quejas de los pacientes.

Surge entonces Sigmund Freud (1856-1939), ínclita figura médica, que no solo pregonaba la necesidad de la parte humanística de la profesión, y para ello la cultivo a través del psicoanálisis, y llamo la atención sobre relación más humana entre los hombres como es la relación Médico-Paciente. Para Freud, el destino suele curar las enfermedades, como en alguna forma de aforismo lo insistía Hipócrates

La parte diacrónica de la Historia de la Medicina, se glorifica con el surgimiento de William Osler (1849-1902), médico canadiense, quien ha sido considerado y por los historiadores médicos y en particular por el autor de este ensayo, como el más grande adalid, eximio y omnisciente clínico de la historia.

Podemos expresar que Osler simboliza el excelso representante de la Escuela Hipocrática, en el total sentido de lo que significa la Medicina para la humanidad. Ningún otro profesional supo analizar y entender el sufrimiento del paciente como lo observaba y captara este singular médico.

Para los fines de nuestro ensayo, Osler estudiaba a profundidad la Quejas de los pacientes. Así decía en sus recomendaciones: “Debemos estudiar al paciente con sus síntomas e ir del paciente al libro y del libro al paciente”.

Con ese aforismo expresaba la necesidad que tenían los médicos de conocer in extenso las enfermedades para poder precisar los diagnósticos. Escribió un libro donde conceptualizaba sus ideas sobre los síntomas de las enfermedades, su título fue “Los principios y práctica de la Medicina”, texto que influyó en forma definitiva en el desarrollo del arte y ciencia de la Historia clínica utilizada por la medicina norteamericana en la 1ª mitad del siglo XX. Decía que leer tenía dos objetivos, adquirir los conocimientos actuales y comprender y analizarlos en los pacientes.

Osler, en su visión y observación insoslayable del paciente y refiriéndose a las Quejas que integraban a la enfermedad del mismo, explicaba:

“Aprenda con rapidez a valorar las diferencias entre la descripción de la enfermedad y las manifestaciones de esa enfermedad en un individuo, la diferencia entre la imagen total y uno de los componentes de la imagen”.

Con este pensamiento aplicado a la práctica le daba a los síntomas un valor inexorable como componente de lo holístico y este precepto resultaba solamente cuando eran obtenidos los tres elementos del entrenamiento del médico: la ciencia, el arte y el conocimiento del

hombre”.

Puede decirse que el siglo XIX fue un siglo de oro, tanto por la parte científica, como de arte y humanismo que impregno a la historia clínica, que con esas características las llevan a la cúspide como documento del estudio en su totalidad del hombre enfermo. Laín Entralgo, el eminente historiador español en su libro: “La Historia clínica” demuestra como el aporte de toda una pléyade de hombres de ciencias, clínicos, investigadores, contribuyeron a dar la síntesis de esa historia clínica como la conocemos hoy. Médicos como los mencionados y otros como Harvey, Servet, Bichat Stokes, Hodgkin, Boerhavee, Bright, Parkinson, Kussmaul, Lasegue, Flint, Eithoven y muchos más, la llevaron a su valor más grande para beneficio de los pacientes.

Los extraordinarios descubrimientos y descripciones científicas, ayudaron a ser más científica a la historia clínica, pero también los humanistas la orientaron para que fuese una fuente de arte. Inseparable han sido el arte y la ciencia como características genuinas hasta en nuestra época.

Los más importantes avances tecnológicos pasados y actuales de la medicina han tenido también importancia especial en la vigencia de la historia clínica y sus componentes sintomatológicos (las Quejas), porque el desarrollo tecnológico ha puesto en dilema bioético las formas como las nuevas generaciones de médicos hará uso de la historia clínica para el estudio del hombre enfermo, sin considerar el fondo fundamental de su sufrimiento expresado a través del lenguaje y del mensaje de los órganos enfermos, y que en resumen no son más que los eventos patogénicos y productores de las Quejas clínicas. Este punto esencial para el futuro será analizado con detenimiento posteriormente.

El presente exordio escrito no podía quedarse sin hacer referencia sobre aquellas destacadas figuras médicas en Venezuela, que se ha ocupado del estudio y la importancia de las Quejas como elementos esenciales para determinar y hacer posible el proceso diagnóstico.

Santos Anibal Dominici (1869-1954), al fundar la Cátedra de Ciencias Médicas en 1889 en el Hospital Vargas, inicio la inquietud de analizar las quejas a través de su discurso inaugural, que puede considerarse como el primer gran paso universitario en Venezuela de hacer enseñanza a la cabecera del paciente.

Fue sin duda Luis Razetti (1862-1932), el gran ductor, la excelencia en Medicina, el orientador, el creativo, el moralista, el eticista, el anti-mercantilista, el insigne profesor y que



la suma de todas estas cualidades profesionales lo ubican como el médico más influyente en las generaciones de médicos del siglo XX en Venezuela, y ojala lo fuera para los del siglo XXI, cuando la tecnología ha producido grandes transformaciones en la conducta de los pacientes; pero Razetti como paradigma genial y profeta expresaba que grandes cambios ocurrirían para el futuro y escribía: “Es necesario contribuir al progreso de la Ciencia Médica; pero que no me hagan olvidar los principios humanitarios que rigen nuestra profesión y la consideración prioritaria del paciente como persona “.

A pesar de que después de la muerte de Razetti en 1932, se destacaron grandes clínicos, con un relativo descuido en las consideraciones analíticas de la totalidad de la Historia clínica, pero sin detenerse en la importancia de las Quejas del paciente.

Entonces aparece desde 1950 un nuevo movimiento de excelsas figuras que están representadas por Rafael Hernández Rodríguez (1909-1985), conocido como “Bambarito”, como un reconocimiento de sus pacientes debido a su gran capacidad para hacer diagnóstico a través de solo entrevistar al paciente y hacer una empatía en la relación médico-paciente y no solo detectar hábilmente las quejas del paciente, sino como cada una de ellas podía influir patogénicamente en muchos órganos. Hernández Rodríguez podía asignarle simbolismo a los síntomas (Quejas), de cada enfermedad. Fue un gran innovador de la medicina de la integralidad humanística en el ejercicio de la profesión, creador del razonamiento clínico en cada paciente y maestro al enseñar el arte de la Medicina.

Fue una figura íclita de la Medicina Nacional porque con sus mensajes y acción tuvo un gran denuedo para dejar un asombroso legado a todas las generaciones médicas.

Este ensayo, cuyo título es investigación clínica, tuvo su origen cuando, en forma particular, pensamos en la necesidad de investigar como eran de importante las Quejas de los pacientes como vía de precisar el diagnóstico de sus enfermedades; pero también fue el producto de desmenuzar con el razonamiento clínico, aprendido a través de la experiencia de más de 50 años, elaborando historias holísticas y con gran contenido de datos que facilitaban así muchos diagnósticos no solo de enfermedades, sino lo más esencial el diagnóstico de personas, que es lo que la da prodigiosidad a la misión y meta de la profesión médica.

El título verdadero de este trabajo surgió como inspiración del precepto anterior y creíamos hasta ese momento que era relativamente original, pero al realizar la investigación

bibliográfica encontramos con agradable sorpresa que Henrique Benaim Pinto (1922-1979), uno de los maestros y figura adalid y más destacado profesional en la Medicina Nacional había escrito un libro sobre las Quejas cuyo título es: “Significación de la Queja, en la relación del médico con el paciente y del paciente con el médico”, y cuyo contenido es un amplio y significativo estudio que cubre los más variados problemas médicos y que llevo al pináculo de los estudios sobre el sufrimiento humano, incluyendo no solo el mundo somático de los síntomas, sino al extenso microcosmo psicológico que acompañan a los daños orgánicos. Este hallazgo bibliográfico, lo puedo considerar como brillante, orientador, humano, revelador, capaz de producir y vibrar la fibra humanística de los médicos, cualquiera sea su especialidad, porque representa un documento maestro que debe ser de obligada lectura, porque es una visión profunda y omnisciente de la medicina. Benaim Pinto ha sido considerado el Hipócrates de Venezuela por ser el más destacado docente en enseñar el legado hipocrático y por lo tanto el mundo de las quejas.

La lectura que realicé de este valiosísimo documento no me desanimo para continuar con mi proyecto, al contrario me estimulo en forma apasionada a proseguir y dar información complementaria y reciente que integra todo el mundo de las quejas. Yvía razón es sencilla, el mundo interno (microcosmo) y externo (macrocosmo) nunca se agotaran en sus estudios porque representan expresiones humanas (sufrimiento-enfermedad-salud-felicidad-persona) vinculadas al mundo de la Medicina en su totalidad y que esta nunca es igual a la suma de las partes.

En relación con las Quejas, es indispensable mencionar los nombres y méritos de otros colegas, que en alguna forma han abordado el tema y contribuido con sus trabajos académicos al espectro de su conocimiento.

Así debemos mencionar a Otto Lima Gómez (1924), uno de los eximios internistas del país, y reconocer su extraordinaria contribución al estudio de las Quejas, cuando propugno el componente psicológico de la enfermedad y como el sufrimiento por organicidad es inseparable de la reacción psíquica y lo funcional de la persona, cuyo sufrimiento en buena forma por análisis de la misma persona, no puede discriminar sus síntomas si proviene de factor (somático) u otro (psíquico). Gómez, con sus escritos sobre el tema, y sobre todo con la fundación de una escuela universitaria sobre los componentes de las condiciones de salud, donde la enseñanza del padecer es un binomio, cuyos dos componentes son

inseparables y la meta de sus estudios era llegar al diagnóstico esencial de persona.

Es justicia recordar en este exordio histórico a otras figuras medicas venezolanas, que en sus funciones de profesores universitarios, se preocuparon de considerar a las quejas (síntomas), como esencial vía para llegar a un diagnóstico, nos referimos a José Pérez Guevara y a Alberto Leamus (1933-2011).

Pérez Guevara fue un maestro de la enseñanza de la Medicina, en la UCV recurría al razonamiento clínico, que enseñaba con pasión y autenticidad, describiendo y señalando los elementos más importantes (datos duros) para precisar diagnóstico. Su pensamiento y metodología fue considerada por sus alumnos como de condimentos de sabiduría, siempre controversial y con ideas novedosas en sus análisis clínicos. Su trabajo de ascenso para Profesor Asociado “Teoría del Diagnóstico en Medicina” (1980), constituye un auténtico análisis histórico, filosófico y a la vez práctico de las bases para acercarse con profundidad al sufrimiento de las personas.

Alberto Leamus, no solo fue un ejemplo de la mayor honestidad y la práctica de la ética en el ejercicio de la medicina, sino que se considera a este profesional como un paradigma por tener la inconmensurable habilidad de realizar diagnóstico utilizando una sola herramienta: los datos proporcionados por los pacientes. Lamentablemente Leamus era un médico que le daba poca importancia a comunicar sus ideas por escrito, sobre todo de sus prodigiosos pensamientos médicos y de la vida de los pacientes. La lectura de sus historias que en alguna oportunidad tuvimos la suerte de leer, nos daba la información de su fluidez del razonamiento, de sus conocimientos in extenso de las enfermedades y como elemento esencial de sus acciones sus ejemplares métodos personales para considerar a los pacientes como personas.

Otras figuras estelares en Venezuela que han realizado publicaciones sobre el tópico, como es la esencia de la Historia clínica podemos mencionar, con grandes méritos: Antonio Sanabria (1919- 2007) gran revisionista de la Semiotecnia, Carlos Gil Yopez (1910-1976) iniciador de la Medicina Antropológica en Venezuela, Herman Wuani (1929-2014) que expresaba que el mejor médico era aquel que elaborara una mejor historia clínica, Rafael Muci Mendoza (1938), orgullo de la Medicina venezolana y defensor de la historia clínica como pilar del diagnóstico.

El parcial relato histórico realizado, universal y venezolano, nos proporciona el único criterio que puede decirse: el orgullo de haber tenido grandes pensamientos de grandes profesionales y poder afirmar como Augusto Comte: “No se conoce una ciencia, sino se conoce su historia”.

**NO TOQUE AL PACIENTE, DIGA PRIMERO LO QUE VE; CULTIVE SU CAPACIDAD DE OBSERVACIÓN**

**WILLIAM OSLER**

**3) Descripción de las Quejas. Definición. Características. Tipificación. Clasificación. Aspectos humanísticos:**

En el tercer subtítulo de esta investigación constituye el núcleo de ella, porque se establecen todos los conceptos y características sobre las quejas, lo cual requiere de dos premisas para su total entendimiento, como son: primero, que cuando empleamos el término de quejas en este estudio nos referimos como la sintomatología producidas por enfermedades ya sea por su fisiopatología, etiología o por los factores epigenéticos o ambientales que pudieran ocasionarla. La segunda premisa, y tal vez la más importante, es considerar la queja o las quejas como los datos duros desde el punto de vista de epidemiología clínica, que van desde aquellos datos clínicos aportados por los pacientes y que integran la anamnesis y el examen físico (historia clínica), así como todos aquellos procedimientos que pueden o no aportar alguna información complementaria y ayudan a desarrollar el proceso diagnóstico como importante meta que se traza el médico para beneficio del paciente.

Es conveniente apuntar que la queja, o las quejas, como elementos fundamentales al proceso diagnóstico, pueden estar ubicados tanto en el análisis y razonamiento de la Historia clínica, como ocurre la mayoría de las veces, o pueden estar ubicados en los recursos auxiliares. Es necesario comentar en este punto, que lo que se denomina “estándar de oro”, para hacer el diagnóstico de cualquier condición, puede tomar esa denominación para el

clínico, tanto en el segmento clínico, como en el segmento de los llamados estudios complementarios propios de la adecuada tecnología para cada paciente. Este último criterio, de las quejas, no ha sido contemplado ni por la literatura propia de la epidemiología clínica, ni por la medicina basada en la evidencia, donde la búsqueda de esta no siempre ayuda a la solución de los problemas.

Se puede dar múltiples ejemplos, donde planteado el epifenómeno clínico (dato clínico), sea el sobresaliente para, no solo sospechar diagnóstico, sino de su confirmación y que le proporciona un valor imponderable a la historia clínica, lo cual se confirmara posteriormente. Con el análisis y estudio pormenorizado de la o las quejas que se hará en los siguientes segmentos de esta investigación clínica, pensamos que en alguna forma sea útil en la enseñanza tanto de pre y postgrado de nuestra Facultad y contribuya a una mejor competencia profesional.

### **3A La Quejas. Definición**

La palabra Queja, proviene originalmente del término Queixa que tiene como significado: dolor.

Sabemos los médicos que dolor es el motivo de consulta más frecuente que hacen los pacientes, y cuando el médico investiga sobre esa queja encontrara características amplias, no obstante no siempre la queja es el dolor; sino que con el significado que le estamos dando al término, este se extiende a una dimensión clínica superior para asignar como quejas a muchas otras experiencias clínicas, como se había señalado anteriormente.

La queja representa la reacción del organismo y del paciente como mecanismo de defensa ante una agresión, sea esta interna (microcosmo) o externa (macrocosmo), es expresión de daño y sufrimiento personal rodeado por un mundo de desajuste de su universalidad.

Las quejas pueden ubicarse en la historia clínica como queja principal y constituirse en el dato más consistente y se denomina para fines diagnóstico como “dato duro”, que en la mayoría de las ocasiones tiene una complejidad multidimensional. Existen, acompañado a la queja principal, los síntomas (quejas) secundarios. En oportunidades es la conjunción de quejas principales, con secundarias y otras más, las que precisan el diagnóstico clínico o hacen posible el proceso diagnóstico.

Cuando un médico hace el diagnóstico de una enfermedad, con frecuencia expresa “que

interesante esta enfermedad”, error de percepción porque no hay enfermedad interesante o de menos interés; todas son interesantes, en cambio se subestiman los síntomas (las quejas) que le permitieron llegar a ese diagnóstico y por una óptima relación médico-paciente que facilite detectar la queja principal y que el paciente la comunica al percibir que no hay conciencia de salud hasta que aparece la Queja.

Cuando se hace referencia de la parte humanística de la medicina, y donde la queja queda incluida principalmente como alteración psíquica, humana, por cambios en una persona, se refiere a la ciencia del alma y no puede dejar de mencionarse al gran médico antropólogo español, Pedro Laín Entralgo (1908-2001), quien con dos publicaciones sobre el tema: Antropología Médica y “Cuerpo y alma y persona”, dejó la inquietud y el legado de todo lo que significa el sufrimiento humano, como es el dolor de cualquier origen y recordar en época contemporánea que Erasistrato fue el primer eximio médico hipocrático, quien decía: “Ni el amor, ni el honor, ni la riqueza, ni el poder pueden dar al corazón una hora de alegría cuando se ha perdido la salud” y como escribió el mismo Entralgo “Solo el hombre puede sentirse yo y dar cuenta de su realidad”.

### **3B Clasificación de las Quejas**

Existen dificultades para agrupar las Quejas, de acuerdo con alguna clasificación general, ya que son muy numerosas.

Se han intentado algunas clases o tipos de Quejas como las reunidas con el título de psíquicas o psicológicas (para muchos autores son diferentes estos dos grupos).

Otros autores las consideran de naturaleza única incluyendo aquellas que se denominan incidentales, conocidas como quejas serendipídicas, que se diagnostican ocasionalmente.

Desde el punto de vista evolutivo la queja puede hacerse presente en una forma progresiva o distinguirse como permanente, recurrente o indeterminada.

De acuerdo con su frecuencia las quejas se clasifican en muy frecuentes, frecuentes, poco frecuentes, raras, muy raras, inusitadas.

Hay otro tipos de quejas que el paciente las atribuye al ambiente (macrocosmo) y son cotidianas y ubicadas como frecuentes.

De acuerdo con la intensidad de la queja, solo puede ser evaluada por el paciente mismo como de mayor o menor intensidad; existen escalas estudiadas por clinimetría que pueden

medir el dolor y otras quejas, y existen factores que son estimulante a la aparición de las mismas que se comentaran en otro aparte del presente ensayo.

Se pueden clasificar en varios tipos las personas que tienen quejas suficientemente evidentes como son:

- A) Personas con quejas que se repiten con el tiempo.
- B) Personas con quejas muy precisas y que conocen su causa.
- C) Personas con quejas complejas que requieren extensos estudios para conocer las causas.
- D) Personas con las mismas quejas recurrentes, con o sin causa psicossomática, llegando a clasificarse como hipocondriacos.

Cualquiera que sea el tipo de persona, cuando comunica sus quejas, estas pueden ser: densas, diversas, vagas, diluidas; y con sus propiedades es el médico el único que las puede ordenar, darles significado y que sean un punto de partida para el razonamiento clínico y así analizar, interpretar y orientar los eventos diacrónicos, única forma de establecer un criterio de refinamiento diagnóstico final como exigencia desde el punto de vista clínico.

Por su localización las quejas pueden ubicarse como locales, otras como generalizadas o difusas, diferentes estas a la propagación a otros sitios, como sucede con las quejas viscerales. En otras ocasiones hay imprecisión con respecto a localización.

En relación con ritmo pueden ser paroxísticas, permanentes, periódicas o intermitentes, que pueden hacerse vagas o indeterminadas.

Para facilitar que las quejas sean tan importantes como para hacer el diagnóstico definitivo, el médico puede agruparlas o clasificarlas en dos formas: primero por patrones, como es recomendado para aplicar el método heurístico, que se comentara en otro lugar del trabajo, y segundo reuniendo las quejas en forma de alteración de órganos u sistemas como convencionalmente se conoce.

La clasificación de las quejas en agudas, subagudas y crónicas por su evolución, le permite al profesional médico determinar un acercamiento al pronóstico del diagnóstico verificado de enfermedad.

Hay cuatro grupos de quejas, de gran aporte sobre todo para facilitar el diagnóstico, ellas son:

- A) Concretas: situaciones bien determinadas, fáciles de comprobar y concretar por el

paciente.

B) Genéricas: las más difíciles y amplias de explicación por el paciente, pero sabiamente reconocidas por el médico.

C) Específicas: directamente aplicables a un diagnóstico.

D) Patognomónicas: no frecuentes. Pero al estar presentes ubican una específica enfermedad.

Para clasificar a una queja como principal, secundaria o asociada, deben estudiarse hasta más de doce caracteres y criterios de cada una de ellas, lo que significa el requerimiento de varias entrevistas con la persona y poder diferenciarlas.

Es responsabilidad del médico ubicar la clasificación de las quejas, porque le facilita su papel en el proceso diagnóstico.

Para poder clasificar una queja por su importancia en el diagnóstico de enfermedad debe el médico ser casi un sabio de la inseparable nosografía (competencia y conocimiento de ella) que incluya los aspectos nosocognitivos, nosotáxicos y nosológicos, única vía de poder a través de la reflexión y del razonamiento clínico hacer una verificación de su hipótesis.

Es ineludible e importante conocer todas las quejas posibles por parte del médico, hecho muy difícil, ya que hemos promediado más de 500 formas de quejas, que en un momento clínico particular se transforma en una queja diferente porque cambia en sus características porque el paciente es diferente y porque además se agrega que debe hacerse un diagnóstico diferencial, no de enfermedad, sino de las quejas mismas. Al efectuarse este paso clínico el paciente capta que la queja principal es más importante en ocasiones que la misma enfermedad y que su evolución debe ser entendida en su totalidad.

### **3C) Características de las Quejas**

Para obtener las características de las Quejas, se deben hacer esenciales preguntas: ¿Quién?, ¿Qué?, ¿Cuándo?, ¿Dónde?, ¿Cómo?, ¿Por qué?

Cuando el médico hace estas preguntas, elabora el diagnóstico de la Queja principal y en el 70% de los casos el de enfermedad, constituyéndose en el mayor desarrollo del arte de la medicina.

El acto mismo de reconocer la Queja principal, se denomina por epidemiología clínica



latrotropia, y es el resultado de haber realizado una amplia comunicación con el paciente, al cual ha podido sabiamente oír, ver, observar, palpar o tocar y lograr el significado holístico de la queja.

Recordar que la comunicación debe ser siempre diferente, porque la queja es diferente, el paciente es diferente, la persona es diferente y queda como resultado la anamnesis y el examen físico, producto fundamentalmente de esa comunicación.

Como decía Phillip Tumulty (1912-1989), “La comunicación entre el médico y el paciente es el corazón de la práctica de la Medicina”-

El paciente siempre señala en su cuerpo donde está la Queja inicial o puede ser subjetiva como “molestia”, “malestar”, “dolor”, sin ninguna precisión o puede referirse como problema biopsicosocial.

En otras oportunidades el paciente se inhibe de expresar la quejas, por temor del “mal” diagnóstico que le haga el médico, en este momento es cuando el profesional juega el papel de un facilitador a través de la empatía en la relación médico-paciente.

La empatía siempre es la sabia y salvadora relación en estas situaciones y si el médico logra llegar al final de la anamnesis puede entrar en una etapa psicodinámica de la entrevista y es hurgando en los cimientos más profundo del pensamiento del paciente sobre sus quejas y que se ventilan, a través de tres preguntas de gran utilidad para asir la cooperación por parte del paciente. Esas preguntas son las siguientes:

A) ¿Cuál cree usted que sea su padecimiento? o más sencillo: ¿Cuál cree usted que sea su mal de salud?

Con esta pregunta estamos construyendo la urdimbre de un diagnóstico y explorando los auténticos pensamientos del paciente.

B) ¿Con cuál tratamiento cree usted que pueda aliviarse?

Representa la visión, la esperanza, la confianza que el paciente ha puesto en el médico.

C) ¿Cuáles son sus planes para el futuro?

Significa conocer la vivencia de que existe una forma de recuperar su salud y por otra parte surge el sentimiento y el miedo a que sus quejas pueden llevarlo al fallecimiento o que es posible la sustitución de enfermedad por salud. Esta última considerarla en ese momento como vida integral y poseer el silencio afortunado y normal del organismo.

El llanto puede aparecer después de hacer estas preguntas, que son las que hacen surgir sentimientos de variados tipos y que permanecían en forma latente.

El médico debe acatar y aceptar el mensaje del llanto y por lo tanto dejar que emerja porque además alivia la angustia y el pesar anímico de comunicar problemas como son la complejidad de sus quejas. Y aunque frecuentemente existe una o varias principales, ellas pueden diagnosticarse en la primera entrevista, pero en otras ocasiones es solo con el tiempo cuando surge como una guía, sea como síntoma, signo o síndrome.

El observador, en este caso el médico, debe estar alerta porque la queja comunicada puede ser verdadera o falsa.

El paciente puede utilizar y comunicar la queja como una necesidad intrínseca de poder sentirse bien de salud y de allí que la palabra mágica del médico juega importante papel para aliviar la angustia y lograr el control de la situación, porque la queja puede estar ligada a los procesos cotidianos de la persona como son: la familia, el envejecimiento, accidentes, enfermedades, emociones y todas ellas relacionadas con estrés.

La experiencia demuestra en un análisis detenido que el mundo existe para la persona solo a través de la Queja y que esta existe como refugio para provocar lastima.

La posición corporal ante el dolor hace que el médico como buen observador pueda sospechar el sitio del daño ejemplos como tortícolis, meningitis, pericarditis, psoriasis y muchos otros.

La mayoría de las quejas subjetivas pueden transformarse en objetivas o en principales al establecerse su naturaleza.

El recurso del “exoscopio”, termino introducido por nosotros en esta comunicación, que tiene por significado la capacidad que tiene el médico a través de la observación para detectar sintomatología (quejas) y así llegar a un proceso diagnóstico definitivo.

Osler transcribía: “Para observar cuidadosamente el fenómeno de la vida en todas sus fases, normal y alterada, para hacer perfecta la más difícil de todas las artes, el arte de la observación, para llamar a la ayuda de la ciencia de la experimentación, para cultivar la facultad del razonamiento, para ser capaz de reconocer lo verdadero de lo falso estos son nuestros métodos”.

De allí que analizamos la necesidad de que el médico se entrene y forme la experiencia de esa útil herramienta clínica, tal vez una de las más difícil de desarrollar y adquirir como es el sentido de la observación que le da al clínico, un denominativo que es común entre sus pacientes: “Que gran médico, tiene ojo clínico”.

Si el médico observa, sabe oír y palpar y no interrumpe el relato del paciente, y le proporciona fluidez a la relación médico-paciente, puede identificar la cantidad y cualidad de

todas las quejas y poderlas posteriormente clasificar y darle significado aquellas que le facilitan una conclusión, para ello tiene que organizarlas, analizarlas e interpretarlas.

Al dar estos pasos, el médico llega a saber cuál es la enfermedad en la persona, que es parte de la vida, representando también la síntesis de un epifenómeno vital que puede ser o no superado. Todo va a depender como es la posición e interpretación del médico de cada una de las quejas (sintomatología, resultados de las exploraciones) y tiene el riesgo de actuar en forma inesperada como las siguientes:

No identifica la queja

Se mantiene como observador

Se altera la transferencia-contratransferencia

Aparece la indecisión

Requiere tiempo para asignar valor a las quejas.

Es frecuente oír esta frase por parte del paciente para justificar en el médico los factores mencionados: “Es muy difícil que Ud. se dé cuenta de lo que yo tengo por dentro”. Esto Significa una internalización del sufrimiento que compromete al médico a hurgar en su causa.

“Oír al paciente es llegar al diagnóstico”, pero si es la queja principal la que proporciona el perfil diagnóstico podemos cambiar la frase por esta: “Oír al paciente es llegar a la queja principal”, que es la frase preferida del autor.

El médico que oye, ve (observa) y toca, es también quien puede recoger las ideas, impresiones, opiniones, sentimientos, pensamientos; es quien puede detectar los signos, es quien puede recibir el mensaje del órgano dañado y con esta sistematización de su actuación puede tener sabias conclusiones sobre los padecimientos, gracias al interés del profesional de poder intelectualmente realizar la exegesis de todos los principales epifenómenos clínicos de la persona, sean ellos somáticos, psico-psicológicos o mixtos, que es la situación más frecuente.

En síntesis, plantearse un razonamiento clínico hasta donde sea necesario en el estudio de todas las quejas que son indispensables para llegar al diagnóstico definitivo en cada paciente y sin perder la dimensión de la totalidad; porque la misma queja la simboliza.

Muchas razones existen para cometer errores en las consideraciones de las características de las quejas sean estas simple o complejas, tanto por el médico como por el paciente.

- 1) Interpretación errónea (M) y de orientación
- 2) Errores al clasificarlas (M)
- 3) Existe factor hiperimaginativo por el paciente (P)
- 4) Negligencia y falta de concentración en el Médico (M)
- 5) Déficit en la comunicación en la relación M-P y P-M por el médico y/o el paciente.

Se pueden corregir los errores mencionados cuando hay oportunidades de nuevas y mejores entrevistas y conseguir mejor comunicación, cuando existe lo que se denomina el auto-diagnóstico personal del médico, que llevan a que interprete las quejas del paciente como expresión de sufrimiento y que requiere ayuda. El médico, en la reconsideración de sus fallas, debe utilizar las llamadas telefónicas, que son como la palabra mágica del profesional auténticamente humano, ya que su expresión verbal es igual a que fuese un acto de persona a persona o de cara a cara.

Se puede determinar la calidad, importancia y características de las quejas desde el comienzo, cuando ocurre la iatrotropia, al finalizar la anamnesis, al hacer el estudio físico o cuando se extiende a los estudios complementarios.

Estos últimos no son indispensables para hacer un diagnóstico, cuando una queja clínica lo hace, como se apuntó en otro aparte del estudio. Es el denominado “estándar de oro”, o sea el factor que en otras ramas científicas y médicas constituye el “dato pivote” o dato duro, puede ser “clínico” o puede estar en lo que denominamos la “queja tecnológica”. La proporción porcentual de la contribución de la queja clínica o la “queja tecnológica” en contribuir al diagnóstico se comentaba en el aparte de la historia clínica de la exposición del trabajo.

Es mediante la combinación de la comunicación y de los datos proporcionados por el médico, y principalmente por el paciente, que se puede orientar hacia la queja principal y que haya sido analizada cronológicamente.

Considerar complejidad de la queja porque tiene variadas dimensiones en cuanto a tiempo, calidad, localización, agravantes, atenuantes, y en asociación con otros factores y es lo que se denomina la anamnesis asociada, llevando esa complejidad incluso a la constitución de patrones clínicos o síndromes de la mayor importancia cuando se emplea el sistema heurístico, es el arte del diagnóstico para lo cual el médico debe ser preciso, conciso y organizado.

Es indispensable recordar que lo referido por el paciente aporta más del 70 al 80% de las

quejas, que racionalizadas hacen posible el diagnóstico. Que el examen de búsqueda de signos solo da información del 9 al 12% y los complementos de la tecnología el 11%. En cualquiera de esos segmentos están las quejas primordiales.

Una misma queja puede tener múltiples interrelaciones, asociados efectos, causas variadas con componentes somáticos y psicológicos al mismo tiempo y con mecanismo patogénicos simples o complejos.

Muchas quejas son latentes pero solo la comunicación hace posible ser evidenciadas. Como decía Feinstein, es el arte médico en la historia clínica y por supuesto es el pilar del análisis final.

Lo que expresa a veces el paciente es puramente el sufrimiento, pero la relación diádica médico-paciente hace posible que lo latente emerja como auténtico fenómeno clínico psicosomático y a veces como “síntoma funcional”; criterio este último estudiado en extenso en simposio llevados a cabo en Venezuela.

Si la queja del paciente es descrita solo como “pena”, “sufrimiento”, “enfermo del alma”, “siento una enfermedad que me elimina”; el médico en esta situación con su comunicación y acción, que es crítica y resolutiva, debe evitar sugerir síntomas o enfermedades, su estrategia es seguir oyendo, observar y principalmente ser un facilitador total de la entrevista y sensorialmente calmar al paciente (Tekhne, iatrake) y por psicodinamia el paciente a través de una o más entrevistas, evidenciará sus quejas con propiedades y naturaleza genuina y el médico percibirá el lamento y mensaje del daño de los órganos, que no es más que el grito silente del sufrimiento.

“Esta enfermedad es interesante” dirá el médico, cuando la reconoce, pero el supremo interés del médico es la persona y conocer la historia natural de la Queja, la cual es más interesante por haber sido la vía correcta de su final interpretación.

### **3D) Tipificación de las Quejas**

Para nuestro estudio, que será comentado más adelante, la frecuencia de las quejas se puede cuantificar en más de 500, que van desde la más simples hasta las más complejas. Estas últimas son cada vez más importantes, debido al aporte de la tecnología y a la época de las redes sociales, que consultadas para descripción de quejas, surgen en esa forma los llamados “ciberpacientes”, que son personas que por información tecnológica, consultan al

médico ya con un contenido conocido de sus dolencias. Los pacientes pueden expresar entonces quejas que pueden ser: sugestivas, objetivas o mixtas o pueden ser somáticas, psicológicas o psicosomáticas, siendo estas últimas las más frecuente en la experiencia del estudio de los autores que se han ocupado del problema.

Las quejas se pueden captar por las palabras propias del paciente, pero también por el silente lenguaje corporal. Pueden las quejas ser como principales y secundarias como ya se comentó en otra parte del ensayo.

Como tipificación, la más sensible de las quejas, son aquellas que representan una manifestación médica existencial porque el paciente piensa, sufre y existe como persona, pero también tiene un simbolismo a veces no verbalizado, pero que únicamente es referido por el mensaje del órgano enfermo y solo percibido por el médico.

El componente científico, el cual no debe separarse del arte, tiene importancia en el proceso diagnóstico cuando se estudian los factores fisiopatológicos, genéticos e inmunológicos o los epigenéticos representados por el ambiente socio-familiar y económico, y llegar a la conclusión de que la mayoría de las quejas se pueden tipificar como psicosomáticas o, como otros autores prefieren, biopsicosociales. Para el médico la mayoría de las veces le es difícil separar esta dualidad. El daño de la organicidad está siempre acompañado de la alteración de la funcionalidad con o sin especificidad, pero siempre se agrega una complejidad más, como es la presencia de múltiples quejas en un mismo paciente, entonces es cuando se requiere el razonamiento inductivo del médico, que representa la mayor dimensión analítica para el diagnóstico de la Queja principal, que se constituye así en la excelsa expresión de la historia clínica por estar imbuida en ella.

En el proceso evolutivo de las quejas, ellas ayudan a determinar el pronóstico.

Para tipificar las quejas, ella o ellas, estarían ubicadas después de elaborar la anamnesis, de completar el examen de los signos, de conocer los resultados de exámenes o imagenológicos o de cualquier otra tecnología, y por lo tanto es indispensable aclarar que el universo de las quejas es muy amplio. El paciente es quien elige en estas circunstancias, que es para él la queja más importante, que puede ser desde su síntoma hasta una cifra de laboratorio y hasta una imagen en un estudio de resonancia magnética.

Lo expresado anteriormente es el paciente quien selecciona la queja que motiva su consulta y es cuando pide la opinión al médico quien se constituyen en el gran orientador .

En ocasiones el clínico no puede tipificar la queja cuando esta puede tener un carácter de

gravedad, que puede llevar al fallecimiento. En estas situaciones la mente del médico debe estar serena, reflexiva y hacer surgir el origen del problema.

En forma casi típica cada persona es diferente y reacciona diferente ante una queja similar, pero será siempre el espejo del sufrimiento y la intensidad de ella es dependiente de la naturaleza de la causa.

La mayoría de los pacientes consultan por nuevas quejas; los antecedentes de otras condiciones productoras de quejas, son subestimadas, pero el análisis de los médicos hace posible su integración.

La queja principal puede presentarse como iatrotópica aunque sea de carácter psíquico o somático y puede ser considerada desde el comienzo por el mismo paciente y es lo que lo obliga a la consulta.

Cuando existan varias quejas referidas por los pacientes, debe el médico en su comunicación dejar que la persona identifique la más importante o principal y procurar que se haga descripción de cada una de ellas, hacer posible la localización, así como el carácter diádico (orgánico-psíquico) y aplicar las doce o más características que la pueden tipificar.

### **3E) Aspectos humanísticos de las Quejas**

Las quejas son el espejo del sufrimiento universal del paciente, cuando ella es esencialmente intrínseca de la persona, por daño a su inmenso mundo vital.

Alteraciones por enfermedad del alma es una realidad material y es el sufrimiento total del hombre. Las ciencias del alma son las esencias de las ciencias humanas.

El origen de las quejas, si bien puede estar por el daño a los órganos, pero también asociado a todos los actos humanos del vivir cotidiano y del alma; como son: trabajar, querer, amar, recordar, observar, reconocer; es lo que se conoce como una anamnesis asociativa humana.

Ante cualquier queja del paciente debe crecer un sentido de solidaridad del médico con una comunicación de apoyo, porque sabe que la queja puede ser predominantemente anímica.

El paciente al tener miedo, se inhibe, es inexpresivo o puede estar en silencio, pero este último puede ser a la vez muy elocuente o al contrario puede ser muy expresivo por mímicas, gritos, llanto o por simple angustia.

Todas estas expresiones psicológicas hacen que el paciente tenga poca descripción de las quejas pero el médico debe entonces ser un estupendo y preparado facilitador.

La transferencia, o sea todas las expresiones emocionales del paciente y las contra transferencia, o sea todas las expresiones emocionales del médico, pueden ambas dar un alimento espiritual y de mayor empatía en la relación médico-paciente, es una interrelación humana, hace conocer mejor las quejas, pero con el riesgo de que pueda interferir con una antipatía surgida de ambas partes y que debe ser evitada esencialmente por el médico.

En el humano la queja puede expresarse por un “Ay”, lo cual debe ser considerada esta palabra como alarma porque representa aflicción o dolor.

Existen expresiones y frases muy características de: “Estoy sin ánimo”, “Estoy desanimado”, “Se me desprende el alma del cuerpo”, “Se me sale el corazón por la boca”, “Tengo el corazón lleno de angustia” y así existen múltiples formas de evidenciar quejas y temor de enfermedad grave. En la forma y abordaje adecuado que haga el médico puede controlar todas las formas de sintomatología psíquica y no orgánica.

No existen Quejas absurdas o exageradas para la persona quienes la comunican, y ameritan ser oídas por el médico, porque a veces no se expresan por palabras y pueden tener una gravedad.

En la relación médico-paciente, la queja y su importancia va a depender del énfasis que le da el paciente y por otra parte de la interpretación que el médico le proporciona, con una inmensa dimensión humana. Por tales razones de esa vía bidireccional (del paciente al médico y de este al paciente), va a depender que pueda ubicarse como principal o secundaria.

El llanto, el silencio, la risa, la palabra genuina de la persona, son formas psicológicas y simbólicas para dar a conocer sus quejas que no son más que la depresión y el disgusto, la ansiedad, la taquicardia o sea una totalidad de sufrimiento, como resultado de la internalización mas recóndita del sufrimiento humano como lo expresaba Freud.

La gran responsabilidad del médico es darle solución a los problemas médicos del paciente; debe estar impregnado el médico de reacciones de compenetración humanas como la compasión, respeto al derecho del paciente a su dignidad y oír frases del profesional como estas: “Esto va a pasar pronto, lo vamos aliviar, a mejorar, a curar, aun con la presencia de las más graves de las quejas como son las producidas por las enfermedades incurables.

Cuando se desarrolla una relación tan humana como es la médico-paciente y paciente-médico, en esta última, debe facilitarse al paciente utilizar el lenguaje que prefiera, que va a depender de grado cultural del mismo. Cada paciente tiene su lenguaje y el lenguaje y opinión de ellos son influenciados hoy en día por las redes sociales, convirtiéndose en



ocasiones en un “ciberpaciente” como se mencionó en otro aparte del estudio, y por dicha razón el médico debe estar actualizado y conocer la nueva terminología técnica de las comunicaciones.

No obstante, es conveniente estimular a que el paciente exprese la palabra o el criterio clave, que pueda incorporarse como hemos mencionado en la anamnesis asociada.

Las quejas son el espejo del recorrido de una alteración que sufre la universalidad, y el paciente espera encontrar en el médico la imagen del profesional que le da apoyo hasta convertirlo en “mi médico”, por la confianza que la ha dado.

Por otras razones, las 3C (compasión, comprensión y competencia) y las 3A, (altruismo, amor, y amistad), que ya fueron citadas. el paciente se siente respaldado para solucionar todos los daños psicosomáticos y que merecen una explicación por parte del médico.

Recordar que cada queja es diferente y que cada enfermedad es diferente y que cada paciente es diferente y por supuesto cada persona también lo es, lo cual hace que la exegesis o explicación se hace profesionalmente obligatorio, porque éticamente es indispensable en la medicina contemporánea ejercerla con la verdad siempre presente, única forma de hacer tratamientos específicos predecir pronóstico y hacer posible que el paciente planifique un proyecto de vida y como lograr una mejor salud.

Rechazamos la expresión de: “Este paciente es muy interesante”, porque inclina a pensar que existe discriminación científico-humana hacia los que no lo son.

Existe rechazo por parte del médico hacia el paciente por ser una persona difícil, pero también existe la situación a la inversa. Las razones en el primer caso se deben también a una posible especialidad que tiene el médico y no es la más conveniente para las solución del problema nuclear del paciente, que puede ser a la vez mas psíquico que somático y entonces se refiere al patient,; pero puede ser por la inexistencia de empatía bilateral en una o varias entrevistas.

El paciente rechaza al profesional médico por las razones siguientes:

- 1) Sus quejas son difícil de entender por el médico.
- 2) No hay exitosa comunicación, por factores culturales.
- 3) Presión de los familiares.
- 4) Exigencias ilimitadas del paciente.
- 5) Ningún entendimiento de la queja por parte del médico (incompetencia).

La parte humanística, y la formación inadecuada por este factor en el médico, representa una barrera humana y es de sumo interés de corregir en el perfil profesional y que la experiencia enseña que estudiando en profundidad las quejas médicas pueden llevar a entender holísticamente al paciente.

Pedro Laín Entralgo en su extraordinario libro “Alma, cuerpo, persona”, que debería ser de lectura obligada para todos los estudiantes, médicos en formación y también para aquellos que tienen ya conformado un perfil profesional, establece la necesidad de incorporar los daños del alma como queja del hombre, en la psicodinamia propia de las modificaciones orgánicas y psicológicas anormales

Lain Entralgo dice: ¿Qué es en realidad nombrar la palabra alma? El alma no se ve, no se oye, no se palpa, es como el oxígeno o el hidrógeno. No se percibe, pero es una realidad inmaterial, está proyectada en variadas actividades del hombre como es su pensamiento, y el ejercicio de su libertad y que obligan admitir su existencia real y a considerarla como un principio, constitutivo de la esencia total del hombre.

Loa daños del alma son las quejas de la esencia de la ciencia humana y hacen un binomio casi inseparable con lo orgánico. Con todo el acontecer anormal de lo orgánico la integridad de las quejas, alma-materia, es la naturaleza misma del sufrimiento.

La mejor oportunidad que se le ofrece al médico en la búsqueda del diagnóstico puede estar condicionada por los siguientes puntos críticos y por otra parte actuar así éticamente.

- 1) Excelente razonamiento clínico
- 2) Desarrollo de una óptima relación médico-paciente
- 3) La aplicación sincera del auténtico arte de la medicina : Elaborar la historia clínica como producto de compartir la parte humanística como es la empatía y que contenga las 3C (compasión, comprensión y competencia) y las 3A (altruismo, amor y amistad).
- 4) Extender sus acciones con gran profesionalismo como son: la ética, el conocimiento y entender los valores y necesidades de las comunidades, es decir recurrir a una excelente herramienta como es lo que denominamos exoscopio, que no es más que tener motivación para observar, evaluar, analizar, correlacionar con la integralidad de los síntomas (quejas) de las personas y sobre todo hacer observación de la totalidad.

El elemento más importante de una entrevista médica, es la persona y sus problemas de salud, y además que tiene urgencia de relatar su historia, la cual debe ser el alimento

esencial del documento cúspide del médico como es la historia clínica.

Recordar que toda queja representa una inexactitud en medicina, y por lo tanto lo es para el paciente por lo cual consulta y el médico debe como tarea humana, científica, estudiarla, interpretándola y transformarla en cierta por medios clínicos (clinimetría) o por las herramienta tecnológicas. Sin embargo, como dice Sterch “una hora de cuidadoso interrogatorio vale más que 10 horas de exploraciones”.

Así algunas preguntas serian como estas:

¿Cuál es su principal problema?

¿Cuando fue la última vez que se sintió bien? ¿ que se siente ahora?

Dan la oportunidad para que la persona describa el cuerpo total de las quejas y que llevan un sello de humanismo propio de la relación más grandiosa como es la del médico con todas sus facultades abiertas y de ayuda y del paciente que encuentra el ser depositario de su sufrimiento.

**EL MÉDICO APRENDE MAS DE LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE EN LA FORMA EN QUE ESTE CUENTE LA HISTORIA, QUE POR LA HISTORIA MISMA”**

**JAMES B HERRICK (1861-1954)**

#### **4.-Las Quejas en la historia clínica y los métodos para verificar el diagnóstico**

Las quejas son el punto esencial para integrar la historia clínica. Se describirán como son las propiedades de las diferentes formas de elaborar esa historia y precisar igualmente sobre los diferentes métodos que utiliza la sintomatología (quejas), y los otros datos incluidos en los diferentes segmentos del documento histórico indispensables al médico para hacer el diagnóstico definitivo.

Como premisa es conveniente dar una definición de historia clínica.

Historia clínica, es un documento humano, que estudia todas las etapas de la vida del paciente, en las cuales se manifiestan los fenómenos clínicos y la descripción multidimensional de cada uno de ellos y que continúa con el conocimiento y la profundidad humana-científica del médico para finalmente realizar un diagnóstico.

Existen diferentes modelos de historias clínicas:

- Convencional: Utilizada para la enseñanza en las facultades de medicina.
- Patobiográfica: Es la combinación de una historia médica Integral con el componente biográfico de la persona.
- Orientada por problemas (Weed): Estudia en forma desmenuzada cada una de las quejas (problemas) y llegar a la solución diagnóstica y de tratamiento de cada una de ellas.
- Analizada por heurística: Es realizada como una agrupación de las quejas en forma de patrones y luego dar pasos para el diagnóstico.
- Analizada por la ley de Probabilidades de Bayes: Es abordada cuando hay alta complejidad de las quejas y debido a la inexactitud de las mismas. Se hace solución a través de una fórmula.
- Analizada con Métodos electrónicos (Clínica electrónica): Es la historia convencional, pero llevada a la alta tecnología de la computadora y con características propias.

Cada uno de esos modelos, tiene sus ventajas y desventajas, las cuales no vamos a explicar, por no ser el objetivo de este ensayo. Lo importante a considerar como objetivo es en qué forma las quejas se incorporan a cada uno de los modelos para orientar el proceso diagnóstico. La Historia electrónica no será comentada en esta oportunidad por ser razón de otro trabajo.

El modelo recomendado por nosotros es el patobiográfico. La razón es que es una biografía del paciente (persona conocida biográficamente a través de su enfermedad). Con este modelo se conocen todos los factores productores de las quejas y del sufrimiento. La patobiografía es ventilar la parte humana y la máxima expresión de arte de la historia clínica. El estudio patobiográfico cubre los objetivos y metas que el médico necesita conocer de la persona enferma. Es un documento diacrónico que contiene: cuando, donde y porque de las Quejas.

Una de las características fundamental de todos los modelos es que cualquiera permite oír a la persona y al oír, es oír el diagnóstico y poder preguntar al final, ¿Qu más?

Osler afirmaba con relación al médico: “Es por sus propios ojos, oídos, mente y puedo añadir

por su propio corazón que Ud. puede observar y aprender.” y podemos agregar, que el médico, con su aprendizaje permanente con cada paciente sabe que el diagnóstico, realizado con la patobiografía, no es más que el fenómeno clínico-holístico del recorrido analítico de las quejas y que podemos definir el diagnóstico clínico, como un proceso intelectual, indagador, organizado, analítico, inductivo, deductivo, sintetizador, crítico y creativo; como resultado del razonamiento clínico, que proporciona un resultado final.

El diagnóstico define las quejas, la enfermedad, el enfermo; pero lo más esencial es el criterio holístico de cómo se llega al diagnóstico de persona.

Para llegar a este tipo de diagnósticos el proceso es igual para todos los modelos mencionados.

El momento diacrónico cúspide empieza con la historia clínica, continúa en forma sistemática con la selección de los datos “pivot” o datos duros (quejas principales), sigue con la precisión de los problemas clínicos, generación de hipótesis; investigar la evidencia si es necesario, selección de la enfermedad por análisis de un diagnóstico diferencial y por último la verificación del diagnóstico de enfermedad y cuando agregamos, a través de la patobiografía, el componente humanístico, entonces hacemos como se expresaba anteriormente también el diagnóstico de persona.

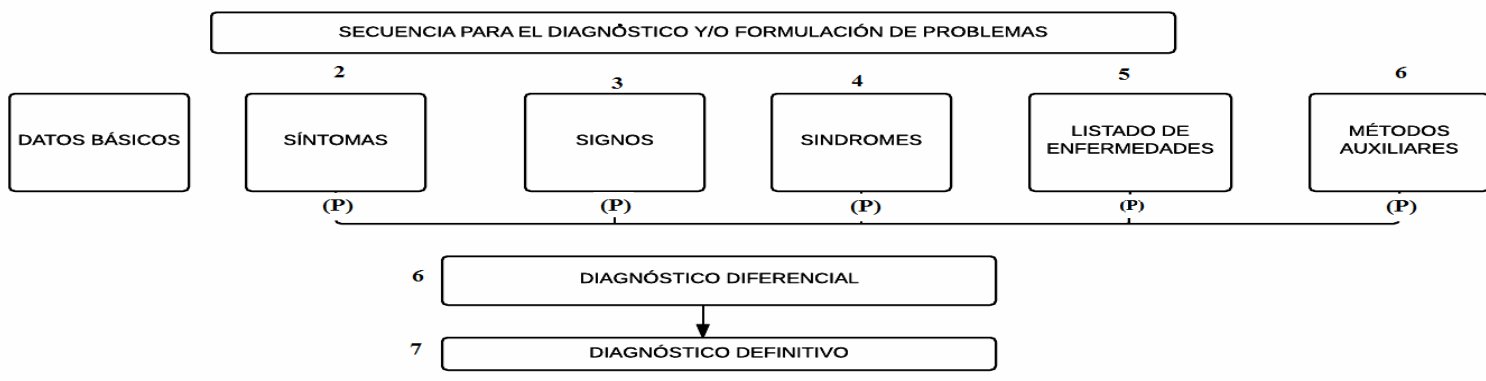
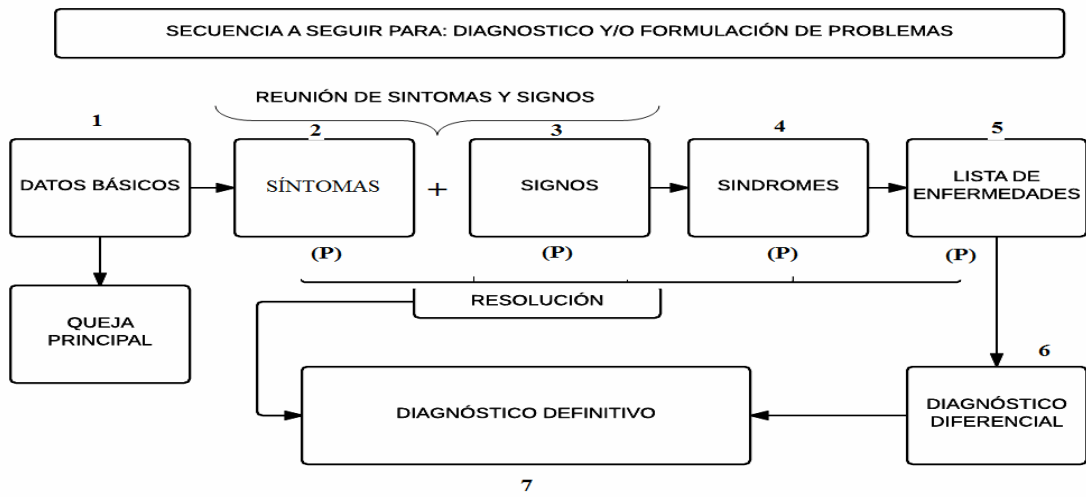
El binomio enfermedad-persona es indisoluble porque el sufrimiento siempre estará presente en la organicidad, en lo psíquico y darle así una complejidad ineludible a la psicodinamia de las enfermedades.

Cuando hay dificultad para precisar las quejas, por ser ellas múltiples, el recurso para solucionar el problema es la utilización del modelo más conveniente para cada paciente.

Como se describió, las quejas pueden insertarse en cualquiera de los tipos de historia clínica, pero con el concepto de que cada una de ellas tiene una complejidad de elaboración y que las quejas, solo son elementos de punto de partida para desarrollo de todos los componentes de la historia.

En el caso del modelo convencional el Cuadro N° 1 muestra como la queja principal puede ser el comienzo para continuar con todos los datos consecutivos de síntomas, hasta llegar a la lista de enfermedades. Es la forma más simple de un proceso diagnóstico.

### CUADRO No 1



Es importante destacar que el número de diagnósticos de enfermedades a ser considerados puede ser importante al comienzo de la anamnesis, pero van en descenso cuando se completa la historia con el examen físico y las pruebas tecnológicas. Pueden así de un número de quince al comienzo de la historia, a ser solo tres al final, cuando se realiza el diagnóstico diferencial.

La Tabla N°1 es la más utilizada para explicar cómo hacer el diagnóstico con el modelo patobiográfico, donde el cruce coincidente de posibilidades de enfermedades con los síntomas, signos y las pruebas de laboratorio (todos considerados como quejas), y por lo tanto, cada uno pudiera comportarse como “estándar de oro”. Este cuadro, cuando es aplicado en la práctica es el más rápido, sencillo y donde la queja principal puede estar ubicado en cualquier lugar.

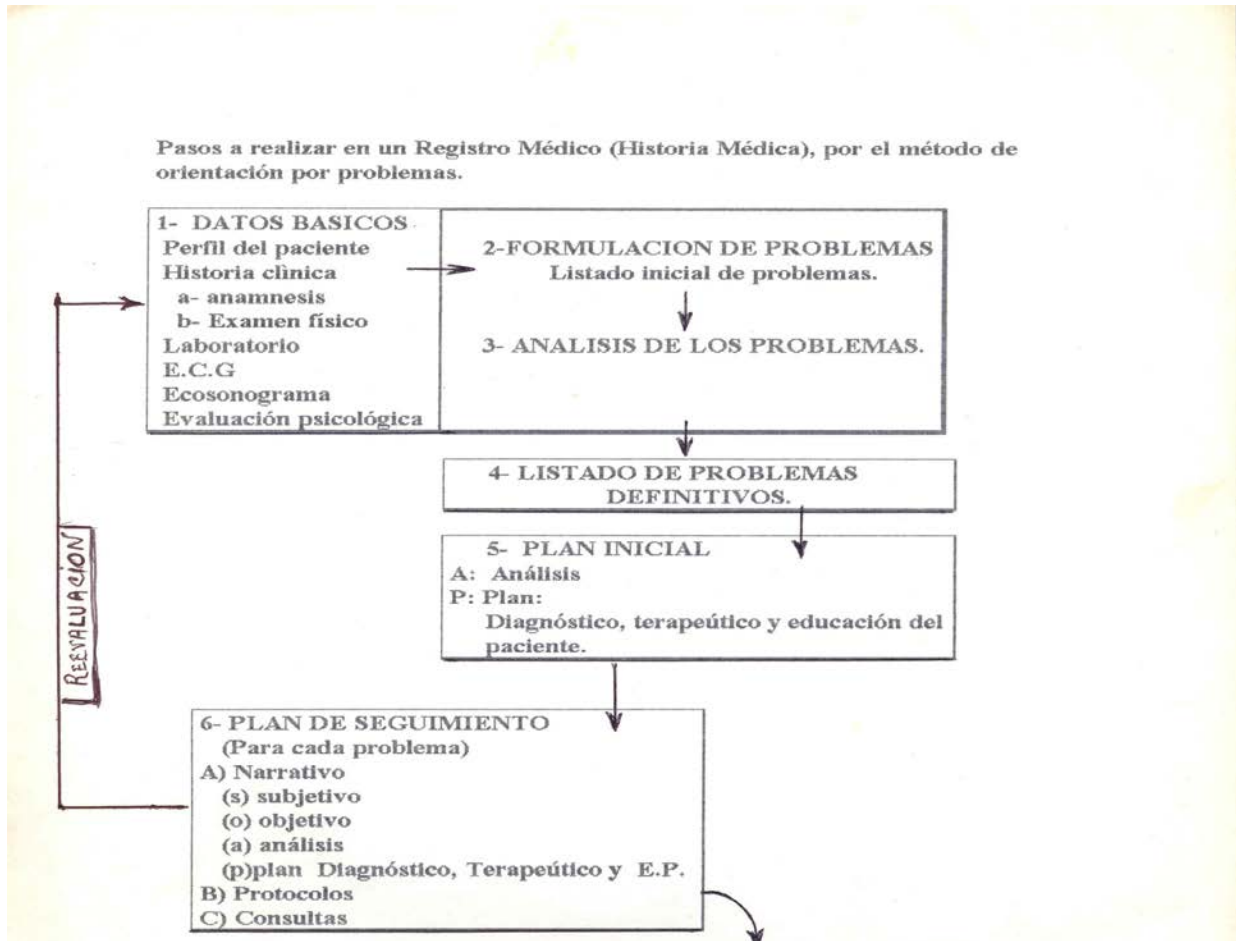
**TABLA No 1**

Variadas enfermedades con sus signos, síntomas y laboratorio

Enfermedad	Síntomas			Signos			Pruebas de Laboratorio										
	1	2	3	1	2	3	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	
<b>A</b>	X																X
<b>B</b>	X	X			X												X
<b>C</b>	X	X			X	X											X
<b>D</b>	X	X			X	X											X
<b>E</b>	X	X	X			X											X
<b>F</b>	X	X	X														X
<b>G</b>		X	X														X
<b>H</b>			X														X
<b>I</b>			X														X
<b>J</b>			X														X

El cuadro N° 2 explica los diferentes pasos que deben hacerse con el modelo orientado por problemas (Weed). Es importante mencionar que en este modelo cada problema que se origina de la historia clínica convencional se puede clasificar como una queja (problema).

## CUADRO N 2



Habíamos anotado que no explicaremos la ventaja y desventajas de cada modelo pero, en el caso del Modelo Weed, es bastante la cantidad de pasos que es necesario desarrollar para poder llegar a conclusiones sobre los problemas y los diagnósticos, pero lo más importante es el tiempo que es necesario esperar con los análisis para llegar a conclusiones definitivas de cada problema y llegar al diagnóstico de enfermedades todavía más prolongado, razón por la cual este método se usa cada menos.

El modelo de la heurística, se considera relativamente útil para los casos complejos y se utilizan más para aquellos médicos que tienen la necesidad de hacer discusiones anatómicas como responsabilidad.

La heurística, se define como el arte y habilidad intelectual de inventar, crear, descubrir hechos empleando hipótesis y resolver problemas con pensamientos divergentes y realizando esquemas de soluciones. Este modelo está orientado a la generación de



conocimientos y de la solución de problemas médicos como el mencionado.

La heurística, recurre a las quejas como el principal elemento para establecer los pasos que llevan al diagnóstico y donde la reunión de las quejas (sintomatología), se agrupan en patrones sindromáticos.

Los pasos a seguir con este modelo son los siguientes:

- 1º) Agregar o hacer suma de datos clínicos (quejas) y con ellos sistematizarlos en patrones sindromáticos.
- 2º) Seleccionar de lo anterior los datos duros (quejas principales y secundarias), y hacer con ellos ejes clínicos.
- 3º) Generar una lista de causas o enfermedades que expliquen dichos ejes clínicos.
- 4º) Reducir por razonamiento clínico la lista de los diagnósticos diferenciales (se aplica la Ley de Epidemiología clínica. El afeitado de William Ocam) el cual se definirá posteriormente.
- 5º) Realizar un nuevo diagnóstico diferencial con el número de posibilidades que quedan después de la reducción.
- 6º) Seleccionar el diagnóstico definitivo.
- 7º) Validación del diagnóstico, considerando el factor más importante para ubicarse como “estándar de oro”.

Es importante comentar que la selección de un modelo patobiográfico, de Weed y del heurístico, va a depender de la complejidad para llegar a un diagnóstico. El método diagnóstico patobiográfico se aplica para los casos más sencillos y complejos pero con el componente humanístico que es ineludible con este modelo el humanístico. Para casos anatomoclínicos, que representan una discusión de muy alta dificultad, se recurre al modelo heurístico.

El modelo de Bayes (Thomas Bayes 1702-1761), es el más difícil de aplicar en la práctica y en el ejercicio cotidiano. Se utiliza cuando hay máximas dificultades en hacer un diagnóstico. El modelo Bayes se basa en la existencia de la inexactitud de cualquier sintomatología (quejas), donde se hace necesario plantear el problema como “pre-test”, que es incierto o sea, está presente la incertidumbre y que la vía de solucionar un problema diagnóstico está en la ley de las probabilidades aplicando la fórmula de Bayes y lograr la certidumbre o sea el “post-test” En este modelo existen pasos estadísticos que deben darse con cada sintomatología en un paciente como son la aplicación de la regla 2 x 2 y luego el cálculo de la sensibilidad y

especificidad de cada expresión clínica. Con estos datos estadísticos se aplica la formula con los datos aportados por el estudio estadístico mencionados. Los cuadros N° 3, 4, y 5.

**CUADRO No 3**

**RESULTADO DE TEST**

		<b>POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO</b>	
<b>ENFERMEDAD:</b>	<b>PRESENTE</b>	<b>POSITIVO VERDADERO</b>	<b>FALSO NEGATIVO</b>	<b>TOTAL CON ENFERMEDAD</b>
	<b>AUSENTE</b>	<b>FALSO POSITIVO</b>	<b>NEGATIVO VERDADERO</b>	<b>TOTAL SIN ENFERMEDAD</b>
		<b>TOTAL DE TESTS POSITIVO</b>	<b>TOTAL DE TEST NEGATIVO</b>	

**CUADRO No 4**

**B**

	<b>CANCER PRESENTE N=200</b>	<b>CANCER AUSENTE N=800</b>
<b>TEST POSITIVO N=240</b>	VERDADERO POS = 160	FALSO POS = 80
<b>TEST NEGATIVO N=760</b>	FALSO NEG = 40	VERDADERO NEG = 720

**C**

PROBABILIDAD DE CANCER SI EL TEST ES POSITIVO =  $\frac{\text{VERDADERO POSITIVO}}{\text{VERDADERO POSITIVO} + \text{FALSO POSITIVO}}$

PROBABILIDAD DE CANCER SI EL TEST ES NEGATIVO =  $\frac{\text{FALSO NEGATIVO}}{\text{FALSO NEGATIVO} + \text{VERDADERO NEGATIVO}}$

## USO DE LA FORMULA DE BAYES

$$P(D1/F) = \frac{P(D1) \times P(F/D1)}{P(D1) \times P(F/D1) + P(D2) \times P(F/D2) + \dots}$$

DONDE:

<b>D1</b>	= enfermedad 1
<b>D2</b>	= enfermedad 2 (no cancer)
<b>F</b>	= un hallazgo clínico dado (test positivo)
<b>P(D1)</b>	= probabilidad de enfermedad 1 (cancer)
<b>P(D2)</b>	= probabilidad de enfermedad 2 (no cancer)
<b>P(F/D1)</b>	= probabilidad de hallazgo clínico en enfermedad 1
<b>P(F/D2)</b>	= probabilidad de hallazgo clínico en enfermedad 2
<b>P(D1/F)</b>	= probabilidad de enfermedad 1 dado el hallazgo

### CUADRO No 5

Determinan como se realizan los cálculos, para luego aplicar la fórmula. Como puede concluirse, es un modelo de diagnóstico bastante dificultoso para el trabajo cotidiano del médico, sin embargo da la información de la certitud de las pruebas y por lo tanto el diagnóstico.

Desde el punto de vista de la experiencia del autor, se puede informar que se ha realizado un análisis de más de 8.100 historias del ejercicio privado con adecuado control, en el periodo de 1967 al 2015, y sin aplicar ningún protocolo, se determinaron los siguientes datos aplicando el método patobiografico en el 80% de las historias.

- 1.- Un 75,5% de las historias, tenía como parte latrotrópico una queja inespecífica.
- 2.- El análisis de las quejas se ubicaron como subjetivas y no somáticas en el 36%.
- 3.- La queja se clasifico como principal en el 53,9%.
- 4.- El estudio de los pacientes necesito de un diagnóstico inmediato en el 66%.
- 5.- Se indicaron exámenes y exploraciones en el 52%.
- 6.- El número de posibilidades diagnósticas, se realizaron esencialmente aplicando la Ley de Ookam y se llegó al diagnóstico definitivo solo en 79% de los casos.
- 7.- La edad de los pacientes estuvo entre 30% por debajo de 30 años, 45% entre los 30 a 60, 25% por encima de 65 años.

Con las consideraciones realizadas sobre los distintos modelos anteriores, siempre el médico tendrá el reto y la misión de proporcionar el mayor beneficio a los pacientes y para ello debe tener el conocimiento y la habilidad para aplicarlos convenientemente en la oportunidad que en forma precisa debería seleccionar para cada ocasión y tener en mente estos dos pensamientos de figuras insignes en el campo de la clínica y de la ética, ellos son:

E. Pellegrino (1920-2013) quien decía: “La Medicina es la más humana de las ciencias, la más empíricas de la artes y la más científica de las humanidades.” y se agrega la concepción de Osler sobre la incertidumbre en Medicina, expresaba: “La medicina es la ciencia de la incertidumbre y el arte de las probabilidades”.

### **5.-Quejas y Epidemiología Clínica**

Alvan Feinstein (1926-2001), es padre de la epidemiología clínica, o sea la gran unión de la investigación clínica con la clínica y la epidemiología convencional, Feinstein, con su fulgurantes libros y escritos, se constituyó en un gran crítico y analista de la medicina contemporánea, pero que han dado como fruto cantidad importante de leyes, que se han denominado, Leyes de Epidemiología clínica, los cuales tienen como base el factor más importante como es las quejas, y son de gran utilidad para el clínico al hacer soluciones clínicas en forma más precisa. Enumeraremos y describiremos las leyes más resaltantes como las siguientes:

- 1.- Parsimonia: Explica todas las quejas del paciente por 1 sola condición o enfermedad.  
Se aplica a pacientes jóvenes esencialmente.
- 2.- Shutton: Investigar, buscar y hacer el diagnóstico en el sitio donde está ubicada la enfermedad.
- 3.- Certitud y de Probabilidades: Si no tienes certitud aplica la Ley de Bayes.
- 4.- Pisadas de casco: pensar en caballo y no en zebra; pensar primero en enfermedades más frecuentes y luego en las raras.
- 5.- Ley de lo común y lo no común: Las manifestaciones no comunes de las enfermedades comunes, son más comunes que las manifestaciones comunes de las enfermedades no comunes.
- 6.- Hojilla de afeitar de William Oocam: Reduce desde una lista de posibilidades diagnosticas a un mínimo número de ellas.
- 7.- Ladrado del perro: La queja y la enfermedad dan el mensaje de su existencia por un

lamento y grito de sus órganos. La salud no tiene ladrido.

- 8.- Ley de Sigma: (Es una ley de estadística). Toda distribución de probabilidad tiene una varianza (Si un individuo es diferente al grupo, y está localizado en la cola de la distribución, se puede considerar normal).
- 9.- Ley de Sussann: Si una prueba es dudosa y parece ser importante, repetirla.
- 10.- Ley de reconocimiento: Posibilidad de diagnóstico de una enfermedad por haber tenido experiencia parecida.

Desde el punto de vista de los diagnósticos pueden ser muy variados al tomar en cuenta todos los mecanismos patogénicos, etiológicos, genéticos, histopatológicos, funcionales, etc., pero no es el objetivo de este trabajo entrar en la descripción de cada uno de esos factores. La razón de este ensayo es recordar que el diagnóstico definitivo de enfermedad y de persona tiene como fines la ayuda y apoyo a esa persona que sufre, y por lo tanto constituye el punto de mayor valor del ejercicio médico y hacer las observaciones de que las quejas, requieren de un estudio profundo y detenido. Cuando el problema clínico tiene mucha complejidad se debe aplicar cualquiera de los modelos arriba explicados y tener nociones básicas de estadísticas de la medicina basada en evidencia o en pruebas de la epidemiología clínica, conocimiento de la interpretación de artículos sobre el tópico o tema que interesa por el paciente, y al tener estas informaciones se evitan los errores de no seleccionar los mejores datos duros y su interpretaciones.

El aporte que pueda tener este ensayo de investigación clínica, está simbolizado por los siguientes significados:

Primero: por una serie de conocimientos que se plantearon, con el intento de hacer un análisis de un único punto como es el estudio detenido y profundo clínico de los pacientes y en este particular tópico de investigación, fue considerar a las Quejas como elementos prioritarios por su significado: ser la esencia de la historia clínica y haber estudiado en detalle sus características, clasificación, tipificación y todos los aspectos humanos que evidencian el concepto holístico de la queja.

Segundo significado: que las quejas se proyectan con toda sus dimensiones para facilitar, aun en los pacientes más complejos, el proceso diagnóstico, y por último creemos que el análisis detenido realizado en solo un segmento de la historia servirá para abrir líneas de investigación todavía no explorada en los pacientes y como he escrito en otros estudios: La paz del cuerpo es expresión de salud, pero el conflicto es el sufrimiento. Se requiere de más

investigación tanto de los aspectos humanísticos de las historias como de los mecanismos más intrínsecos del sufrimiento humano. Que el destino del cuerpo y del alma se conjugan para hacer posible el proyecto vital del hombre, cuando logra vencer los extraños eventos del sufrimiento aparecido con el daño a la universalidad.

Expresaba Paracelso, el que quiera conocer al hombre, debe mirarlo como un todo y no como un ensamblaje.

En este ensayo solo realizamos un intento del estudio del padecer de las personas pero estamos comprometidos con nosotros mismos a continuar las investigaciones clínicas que nos permitan reforzar como solucionar los múltiples problemas del hombre enfermo con desarrollo del trinomio, ciencia, arte y humanismo, y saber que la tecnología, de insospechable ayuda es ciencia, pero esta sin moral o ética es como indagar en la oscuridad de las crueldades del destino.

Einstein decía del médico: “Un médico no es solo un científico o buen técnico. Debe ser más que eso, debe tener buenas cualidades humanas. Debe que tener conocimiento personal y simpatía por el sufrimiento de los seres humanos”.

## **6.-CONCLUSIONES**

- 1.- El título de este ensayo de investigación clínica proviene de la inquietud de conocer en sus detalles un aspecto tan importante como son las Quejas clínicas y constituirse en componentes de la historia clínica y su proyección para realizar un diagnóstico definitivo.
- 2.- Se realizó un relato diacrónico e histórico para conocer la forma del desarrollo y la estructuración de la historia clínica, y como las quejas fueron el motivo de hombres médicos, científicos tanto universales como venezolanos para darle su importancia al estudio del hombre enfermo.
- 3.- Se estudiaron en detalles pormenorizados la definición, clasificación, características, tipificación, hasta llegar a los aspectos humanos de las quejas, y nos acercamos a la conclusión de la necesidad de tener los conocimientos profundos de las quejas a través de las consideraciones mencionadas en beneficio de la salud de las personas.
- 4.- Las quejas son los componentes de los distintos modelos para realizar la historia clínica y las ventajas que representa cada uno de estos modelos: patobiográfico convencional, por problemas, heurístico y por la ley de probabilidades, así como también como casi todas las leyes de epidemiología clínica son genuinamente originadas por las características clínicas de las quejas.
- 5.- Este ensayo de investigación clínica es solo el comienzo de investigaciones en los aspectos más variados de la historia clínica. Muchas líneas de investigación podrán derivarse después de las descritas.

## 7.-BIBLIOGRAFÍA. LECTURAS RECOMENDADAS

1. Benaim. P.H.  
Significación de la Queja, en la relación del médico con el paciente y de los pacientes con el médico.  
UCV. Ediciones del Rectorado. Caracas 1983
- 2.- Swartz M.H.  
Tratado de Semiología 6ª Edición. Elsevier. Amsterdam. 2010
3. - Orient J:M.s  
Art & Science of Bedside diagnosis.  
4ª Edition. Walters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia 2010
4. - Douglas Collins R.  
Algorithmic diagnosis of Symptoms and signs  
Igaku-Shoin New York 1985
5. - Seller R.H.  
Differential Diagnosis of common complaints  
2ª Edition W.B. Saunders Company Philadelphia 1993
- 6.- Laín Entralgo P.  
Alma, cuerpo, persona.  
Galaxias Gutember 1994
7. - Silverman M.E, Murray E.J., Bryan C.S.  
The quotable Osler. ACP. Philadelphia 2003
8. - Von Weizsacker V.  
El hombre enfermo. Luis Miracle Barcelona 1956
9. - Blacklow R.S.  
Signs and Symptoms (Mc Bryde) 6ª edition  
J.B. Lippincott Company. Philadelphia. 1983
- 10.- Bakan D.  
Enfermedad, dolor, sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento.  
Fondo de Cultura Económica. Mexico. 1979
- 11.- Mesa Redonda sobre patología funcional  
Coordinación Dr. Henrique Banaim Pinto. En Archivos Hospital Vargas  
1967; IX (1-2): 89-148
12. - Feinstein A.R.



Clinical Judgment  
The Williams & Wilkins Company Baltimore 1967

13. - Morrison J.  
The first Interview 3<sup>a</sup> edition  
The Guilford Press New York. 2008
14. - Leigh H, Reiser M.E.  
The patient.  
Plenum Medical Book Company. New York 1980
15. - Cohen-Cole. S.A.  
The medical interview  
Mosby year Book. St. Louis 1991
16. - Lain Entralgo P.  
Antropología Médica.  
Salvat Editores Barcelona 1985
- 17.- Tumulty P.A.  
The effective clinician  
W: B: Saunders company Philadelphia 1973
- 18.- Lain Entralgo P.  
La historia clínica 2<sup>a</sup> Edición  
Salvat Editores Barcelona 1961
- 19.- Cecil Tratado de Medicina Interna  
Volumen 1: 24 Edición Editado por Lee Goldman, Dennis Ausiello  
Elsevier Ámsterdam 2017
- 20.- Suros J  
Semiología Médica y Técnica exploratoria  
Salvat Editores S.A. Barcelona 1975
21. - Munro J.F. Cambell I.W. Editors  
MacCleod's Clinical examination. Churchill Livingstone. Edinburgh 2000
22. - Barondess J.A, Carpenter C.C.L.  
Differential Diagnosis  
Lea & Gebiger. Philadelphia 1994
23. - Eddy D.M., Clanton CH.  
The art of diagnosis  
Solving the clinicopathologic exercise N Engl. J.M. 1982; 306: (21) 1263-1268

24. - Weed L.L.  
Medical Records that guide and teacher. Patient care. Case  
Western Reserve University Press. Year Book. Chicago  
N.Engl J.Med 1968
- 25.- Beker S  
Registro Médico orientado hacia los problemas del paciente  
Revista oficial de la Sociedad Médica del Hospital General del Oeste M.S.A.S.  
1976; vol.1, (1): 25-35
- 26.- Montesdeoca I.  
Entrevista médica e Historia clínica en clínica Semiologica y Propedéutica  
Editor Sanabria A. Publicación UCV. Caracas 1973, pp. 37-79
- 27.- Gómez Otto Lima.  
Vigencia de la aproximación clínica al paciente. Análisis de 2000 historias clínicas  
Gac.Med.Caracas. 1999; 207:204-208
28. - Loscalzo.J.  
Hippocrates' First Aphorism  
Perspective 2016; 59 (3): 382-390
- 29.- Montesdeoca I.  
La Medicina Interna: una especialidad de todos los tiempos.  
Med Int 2011; 27 (3); 164-177
30. - Bryan C.L.  
Osler. New York Oxford University Press 1997
- 31.- Santos Dominici A.  
Lección Inaugural de la Cátedra Clínica Médica.  
Gaceta Médica de Caracas  
1895:2 (18): 161-165
- 32.- Benaim Pinto H.  
Doctrina de la Medicina Interna  
Arch.Hosp.Vargas 1967; 9 (12) 155-170

- 33.- Pérez Guevara J.  
Teoría del Diagnóstico en Medicina Folleto  
Trabajo de Ascenso a Profesor Asociado  
Facultad de Medicina UCV. Caracas. 1980
  
- 34.- Montesdeoca I.  
Principios de Razonamiento Clínico. ¿Puede este concepto ser aprendido y enseñando?  
Med. Int. 2012; 28 (3) 158-168
  
35. - Stern S.O.C, Cifu A.S.Atkorn  
Symptom to Diagnosis. Mc Graw A. Medical Book  
New York. 2010
  
- 36.- Bowen J.L.  
Medical Education: Educational. Strategies to promote Clinical and Diagnostic Reasoning. N. Engl. J.Med. 2006; 355 (21): 2217-2226
  
- 37.- León A.C.  
Humanizar la Medicina en Colección Razetti, Atepoca  
Vol V, pp. 73-90
  
38. - Golden R. L.  
William Osler. An Overview of a life  
JAMA 1999, 282 (23) Dic. 15
  
39. - Fred H.L.  
Hyposkillia. Texas Heart Institute Journal  
2005; 32 (3): 255-257
  
40. - Escardo. F  
El alma del Médico. Ediciones Ascandri  
Cordoba. 2ª Edición. 1956
  
- 41.- Shochet B. R, Lisansky E.T,  
Technique of Comprehensive Medical Diagnosis  
Psychosomatics 1968, IX January-February. 12-15
  
42. - Churchill L.R. Schenck D.  
Healing Skill for Medical Practice

Ann Int. Med 2008; 49 (10): 720-724

- 43.- Wuani. H.  
Diagnóstico clínico. Algunas consideraciones acerca del error médico-paciente  
Med Int 2011; 27 (4): 248-260
44. - Sox H.C., Blatt M.A., Higgins M. C., Marlon K. L.  
Medical decision making. ACP Philadelphia 1988
- 45.- Stanley D.E. Campos D.G.  
The logic of Medical Diagnosis  
Perspective in Biology and Medicine  
2013; 56 (2) 300-315
- 46.- Capurro D.N., Rada G.  
El proceso diagnóstico  
Rev. Med. Chile 2007; 135: 534-538
- 47 Romer M.  
El Diagnóstico en Medicina  
Acta Médica Venezolana 1965. Marzo-Abril 92-98
48. - Crosskerry P.  
From Mindless to Mundful Practice-Cognitive Bias and Clinical Discussion Making  
N Engl J. Med 2013; 368 (26): 2445-2448
- 49.- Keefer Ch.S  
What's ahead for Internal Medicine  
N Engle J. Med. 1985; 258: 1081
50. - Kassirer J.P, Kopelman R.I.  
Learning Clinical Reasoning  
Baltimore Williams & Wilkins 1991