

ENSEÑANZA DE LA PROPEDÉUTICA CLÍNICA Y LA SEMIOLOGÍA MÉDICA: UNA SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIAS DESDE LA ESCUELA CUBANA DE SANTIAGO DE CUBA

Teaching of Clinical Propaedeutics and Medical Semiology: a systematization of experiences from the Cuban School of Santiago de Cuba

Ensino da Propedêutica Clínica e da Semiologia Médica: uma sistematização de experiências desde a Escola Cubana de Santiago de Cuba

Dr. C. Ventura Puente Sani ^{1*}, <https://orcid.org/0000-0003-0731-1154>

Dr. C. Eulises Guerra Cepena ², <https://orcid.org/0000-0003-2040-4590>

Dr. C. José Enrique Vázquez Sarandeses ³, <https://orcid.org/0000-0002-7019-6454>

M.Sc. Rafael Ángel Caballero Artiles ⁴, <https://orcid.org/0000-0002-4297-7253>

Dr. C. Pedro Oropesa Roblejo ⁵, <https://orcid.org/0000-0003-1975-3881>

^{1,5} Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba

² Hospital Militar Joaquín Castillo Duany. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba

^{3,4} Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso. Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Cuba

*Autor para correspondencia. email ventura@infomed.sld.cu

Para citar este artículo: Puente Sani, V., Guerra Cepena, E., Vázquez Sarandeses, J. E., Caballero Artiles, R. A. y Oropesa Roblejo, P. (2026). Enseñanza de la Propedéutica Clínica y la Semiología Médica: una sistematización de experiencias desde la Escuela Cubana de Santiago de Cuba. *Maestro y Sociedad*, 23(3), 3149-3162. <https://maestroysociedad.uo.edu.cu>

RESUMEN

Introducción: la enseñanza de la Propedéutica Clínica y la Semiología Médica es pilar del razonamiento diagnóstico y la relación médico-paciente, aunque enfrenta desafíos ante las nuevas tecnologías. Materiales y Métodos: se realizó una sistematización de experiencias pedagógicas durante más de veinte años (2000-2024) en la Facultad de Ciencias Médicas No. 2 de Santiago de Cuba, mediante revisión de documentos institucionales, textos de semiología cubana y las bases Scopus, PubMed y SciELO. Resultados: se sistematizaron diecisiete orientaciones prácticas para la enseñanza de la anamnesis y el examen físico, desde la concepción científico-metodológica propuesta por los maestros fundantes, en el pase de visita, discusión de caso y guardia médica, lo que garantizó asimilación de contenido, desarrollo de habilidades prácticas y consolidación del razonamiento clínico en la toma de decisiones, con supervisión del tutor. El modelo se articula al proceso enseñanza-aprendizaje en el área de las ciencias clínicas. Discusión: el legado de la Escuela Cubana de Semiología de Santiago de Cuba, sustentado en el método clínico como proceso del diagnóstico esencial a la medicina práctica, la relación médico-paciente y el razonamiento clínico, mantiene vigencia frente a los avances tecnológicos y se alinea con tendencias pedagógicas contemporáneas que abogan por modelos híbridos y desarrollo de competencias clínicas. Conclusiones: la sistematización confirma la vigencia del modelo formativo, cuyas orientaciones garantizan el desarrollo progresivo de habilidades clínicas en los estudiantes. Se reafirma que la semiología médica es un saber insustituible por la tecnología y que su transmisión a nuevas generaciones es un deber ético-pedagógico ineludible.

Palabras clave: competencia clínica; educación médica; métodos de enseñanza; semiología; sistematización de experiencias, habilidades clínicas.

ABSTRACT

Introduction: the teaching of Clinical Propaedeutics and Medical Semiology is a cornerstone of diagnostic reasoning and the doctor-patient relationship, although it faces challenges posed by new technologies. Materials and Methods: a systematization of pedagogical experiences was carried out over more than twenty years (2000-2024) at the Faculty of

Medical Sciences No. 2 of Santiago de Cuba, through the review of institutional documents, texts on Cuban semiology, and the Scopus, PubMed and SciELO databases. Results: seventeen practical guidelines for teaching anamnesis and physical examination were systematized, based on the scientific-methodological conception proposed by the founding masters, in the scenarios of ward rounds, case discussion and medical on-call duty, which ensured assimilation of content, development of practical skills and consolidation of clinical reasoning in decision-making, under the supervision of the tutor. The model is articulated to the teaching-learning process in the area of clinical sciences. Discussion: the legacy of the Cuban School of Semiology of Santiago de Cuba, grounded in the clinical method as an essential diagnostic process for practical medicine, the doctor-patient relationship and clinical reasoning, remains valid in the face of technological advances and aligns with contemporary pedagogical trends that advocate hybrid models and the development of clinical competencies. Conclusions: the systematization confirms the validity of the formative model, whose guidelines guarantee the progressive development of clinical skills in students. It is reaffirmed that medical semiology constitutes knowledge irreplaceable by technology and that its transmission to new generations is an inescapable ethical-pedagogical duty.

Keywords: clinical competence; clinical skills; education, medical; teaching methods; semiology; systematization of experiences.

RESUMO

Introdução: o ensino da Propedêutica Clínica e da Semiologia Médica é um pilar do raciocínio diagnóstico e da relação médico-paciente, embora enfrente desafios diante das novas tecnologias. Materiais e Métodos: realizou-se uma sistematização de experiências pedagógicas durante mais de vinte anos (2000-2024) na Faculdade de Ciências Médicas No. 2 de Santiago de Cuba, mediante revisão de documentos institucionais, textos de semiologia cubana e as bases Scopus, PubMed e SciELO. Resultados: sistematizaram-se dezessete orientações práticas para o ensino da anamnese e do exame físico, a partir da concepção científico-metodológica proposta pelos mestres fundadores, nos cenários de visita assistencial, discussão de caso e plantão médico, o que garantiu assimilação de conteúdo, desenvolvimento de habilidades práticas e consolidação do raciocínio clínico na tomada de decisões, com supervisão do tutor. O modelo articula-se ao processo ensino-aprendizagem na área das ciências clínicas. Discussão: o legado da Escola Cubana de Semiologia de Santiago de Cuba, sustentado no método clínico como processo diagnóstico essencial à medicina prática, na relação médico-paciente e no raciocínio clínico, mantém vigência frente aos avanços tecnológicos e alinha-se com tendências pedagógicas contemporâneas que defendem modelos híbridos e desenvolvimento de competências clínicas. Conclusões: a sistematização confirma a vigência do modelo formativo, cujas orientações garantem o desenvolvimento progressivo de habilidades clínicas nos estudantes. Reafirma-se que a semiologia médica é um saber insubstituível pela tecnologia e que sua transmissão a novas gerações é um dever ético-pedagógico ineludível.

Palavras-chave: competência clínica; educação médica; habilidades clínicas; métodos de ensino; semiologia; sistematização de experiências.

Recibido: 5/4/2026 Aprobado: 16/6/2026

INTRODUCCIÓN

La enseñanza de la Propedéutica Clínica y la Semiología Médica constituye el pilar epistemológico sobre el cual se edifica el razonamiento diagnóstico y la relación médico-paciente. No obstante, su pedagogía en la educación médica de pregrado enfrenta una transformación paradigmática impulsada por la convergencia de la era digital, la inteligencia artificial y la necesidad de humanización en un entorno tecnológico creciente. Frente a este escenario, cobra renovada vigencia la advertencia del profesor Llanio Navarro (2003) «fundador de la semiología cubana» de que "los avances en los métodos diagnósticos hacen olvidar con frecuencia que la semiología clásica y, sobre todo, la cuidadosa recogida y valoración inteligente de los datos de la historia clínica, siguen conservando su valor en la medicina moderna".

La escuela cubana de semiología, cimentada en las contribuciones de maestros como Llanio Navarro (2003), Ilizástigui Dupuy (1993) y Roca Goderich (2017), han sostenido que la esencia del método clínico no reside en la acumulación de tecnologías, sino en la formación integral del médico como ser humano, donde la pericia técnica y la bondad moral se reclaman mutuamente. Así lo expresó Llanio Navarro (2003) al distinguir al "buen médico" del "médico bueno", principios que han guiado durante décadas la enseñanza semiológica en Cuba.

La literatura internacional contemporánea, recogida en revistas de alto impacto como Academic Medicine y Medical Teacher, así como en la producción iberoamericana indexada en SciELO, aboga por modelos híbridos que combinen la microenseñanza, el aprendizaje basado en problemas y el portafolio reflexivo, como

estrategias que fomentan no solo la destreza técnica, sino el juicio clínico y el profesionalismo. Para Velazquez (2022), aún en el siglo XXI, el examen físico permite hacer diagnósticos precoces, reducir costos innecesarios, y reforzar la relación médico paciente, este investigador asume que la crisis del examen físico se debe en parte al estilo de aprendizaje de los estudiantes de medicina de hoy y en parte a la malla curricular que se utiliza.

Por tanto, el presente artículo se propone, desde una sistematización de experiencias vividas y aprendidas por una generación de médicos «herederos directos de la tradición semiológica cubana», rescatar y revalorizar los enfoques pedagógicos de estos maestros, cuyas enseñanzas trascienden el mero acto técnico. Se analizan de forma crítica los enfoques pedagógicos contemporáneos documentados en la literatura internacional, identificando mejores prácticas y oportunidades tecnológicas, pero defendiendo que ningún algoritmo sustituye el juicio clínico forjado en el encuentro humano, y que la formación médica integral efectiva es posible si se ancla en la rica experiencia acumulada por la escuela cubana de semiología de Santiago de Cuba.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una sistematización de experiencias pedagógicas en la enseñanza de la Propedéutica Clínica y la Semiología Médica, desarrollada durante más de veinte años en la Facultad de Ciencias Médicas No. 2 de Santiago de Cuba. La estrategia de búsqueda incluyó la revisión de documentos institucionales (folleto fundacional, programas analíticos, orientaciones metodológicas) y textos fundamentales de la semiología cubana (Ilizástigui Dupuy, 1993; Llanio Navarro, 2003; Roca Goderich, 2017). El rango temporal de la búsqueda documental abarcó desde 2015 hasta 2024. Los descriptores utilizados fueron: educación médica, semiología, métodos de enseñanza, competencia clínica, habilidades clínicas y sistematización de experiencias. Los idiomas considerados fueron español e inglés. La búsqueda se complementó con la consulta de Scopus, PubMed y SciELO utilizando como filtros: artículos originales, revisiones y experiencias docentes publicadas en revistas indexadas. Los criterios de selección incluyeron artículos que abordaran la enseñanza de la semiología en el pregrado. Se excluyeron aquellos centrados en otras especialidades o en niveles posgraduados. Finalmente se incluyeron doce artículos; veintitrés fueron excluidos por no cumplir los criterios establecidos.

RESULTADOS

FUNDAMENTOS EPISTEMOLÓGICOS Y PEDAGÓGICOS DE LA ESCUELA CUBANA DE SEMIOLOGÍA DE SANTIAGO DE CUBA

La enseñanza de la Propedéutica Clínica y la Semiología Médica en la tradición cubana, particularmente en la Facultad de Ciencias Médicas No. 2 de Santiago de Cuba, se erige sobre un sólido cimiento epistemológico que trasciende la mera transmisión de técnicas exploratorias para constituirse en un modelo formativo integral. Este modelo, sistematizado durante más de dos décadas por una generación de profesores liderados por los autores del presente artículo en su condición de Profesores Principales de la asignatura desde los diferentes contextos hospitalarios, encuentra sus raíces en el pensamiento de maestros fundacionales como: Dr. Reynaldo Roca Goderich, Dr. Varan V. Smith Smith, Dr. Eduardo Paz Presilla, Dra. Bertha Serret Rodríguez, Dr. Narciso Llamas Sierra, Dr. Ricardo Morales Larramendi, Dr. Noel L. Moya González, Dr. Ernesto Toirac Lamarque y ha sido continuado y enriquecido por profesoras y profesores contemporáneos del nivel de la Dra. María Elena Noya Chaveco, Dra.C. Nilia Victoria Escobar Yéndez, Dra. Lilian Cordiés Jackson, Dra. María Teresa Cordiés Jackson, Dr. Juan Somarriba Mosquera, Dr. Justo Filiú Ferrera, Dra. Mirtha Laguna Delisle, entre otros grandes profesionales.

Esta escuela no es el producto de un único centro docente, sino el fruto de un colectivo de excelentes y brillantes clínicos y semiólogos que, desde diferentes hospitales docentes de la provincia, compartieron un mismo propósito formativo y una misma concepción de la medicina centrada en el enfermo. La sistematización de sus experiencias pedagógicas se extendió en los principales escenarios docentes de Santiago de Cuba, donde cada profesor aportó un sello personal pero siempre manteniendo la unidad del método clínico.

Desde el punto de vista anterior, han sido muchos los profesores que, todo este tiempo, hicieron posible la enseñanza de la Propedéutica Clínica en la Facultad de Ciencias Médicas No. 2 de Santiago de Cuba. Muchos de ellos ya no están presentes físicamente, pero su experiencia pedagógica y su legado clínico han quedado grabados en las nuevas generaciones de médicos que los han seguido y que hoy, desde sus respectivos departamento docentes, continúan aplicando y transmitiendo los principios de una semiología humanista, rigurosa y éticamente comprometida.

La continuidad del legado pedagógico de la Escuela Cubana de Semiología de Santiago de Cuba no ha sido responsabilidad exclusiva de los especialistas en Medicina Interna. Por el contrario, el colectivo de la asignatura se ha enriquecido con la integración de profesores categorizados provenientes de diversas especialidades «Geriatría, Hematología, Cuidados Intensivos, Medicina de Urgencias, Nefrología, Neumología, Neurología y Cardiología, entre otras», quienes desde sus respectivos contextos asistenciales contribuyen activamente a la docencia. Esta diversidad disciplinaria imprime una calidad y pertinencia singular al proceso formativo, pues cada especialista selecciona los casos clínicos más relevantes y representativos de su campo, atendiendo a los contenidos y objetivos de la asignatura, lo que garantiza que el estudiante se enfrente a una muestra significativa y actualizada de la patología prevalente.

De este modo, la enseñanza de la asignatura trasciende los límites de una única especialidad para convertirse en un espacio de convergencia interdisciplinaria, donde el método clínico «forjado en la cabecera del enfermo» se enriquece con la mirada de múltiples disciplinas, asegurando así la vigencia y el impacto del legado de los maestros fundadores.

El reconocimiento de este legado no es un acto de nostalgia, sino una necesidad epistemológica, como enseñara Roca Goderich, el médico no se forma sólo en el dominio de la técnica, sino en la integración del saber científico con la sensibilidad humana. La semiología que enseñaron estos maestros «la que se aprende al lado de la cama del enfermo, la que se ejercita en la escucha atenta y la inspección minuciosa» sigue siendo el corazón de la medicina clínica, y que perdure en las nuevas generaciones constituye el mejor homenaje a quienes dedicaron su vida a formar médicos.

Por eso, el presente trabajo no es solo una sistematización de experiencias; es también un acto de justicia histórica y un compromiso con el futuro: mantener vivo el legado de estos grandes profesionales, asegurando que las nuevas generaciones de médicos santiagueros y cubanos continúen siendo herederos de una semiología que, como afirmara Llanio Navarro, ningún algoritmo puede sustituir.

Los fundamentos de esta escuela descansan en cuatro pilares esenciales, los cuales se representan en la figura siguiente: la concepción de la Historia Clínica como eje del aprendizaje, el aprendizaje práctico como principio rector, la relación médico-paciente como núcleo ético, y la sistematización y estandarización docente. (Figura 1).



Fig. 1. "Pilares fundamentales de la Escuela Cubana de Semiología de Santiago de Cuba"

Fuente: elaboración propia

a) La concepción de la Historia Clínica como eje principal del aprendizaje clínico: Para la escuela santiaguera, la Historia Clínica no es un mero documento administrativo ni un registro pasivo de datos, sino el instrumento didáctico por excelencia donde el estudiante aprende a pensar como médico. La anamnesis y el examen físico no son actos secuenciales, sino momentos de un mismo proceso dialéctico de aproximación diagnóstica.

b) El aprendizaje práctico como principio rector (educación en el trabajo): El principio rector de que "la práctica es para aprender a hacer y no para conocer o saber" constituye el norte metodológico de la asignatura. La práctica clínica no es un complemento de la teoría, sino el escenario privilegiado donde el conocimiento se construye, se aplica y se transforma en habilidades y competencia clínica.

c) La relación médico-paciente como núcleo ético y formativo: La semiología cubana coloca en el centro de su quehacer la relación interpersonal con el enfermo. La escucha activa, el respeto a la narrativa del paciente y la comunicación efectiva son habilidades tan esenciales como la técnica exploratoria.

d) La sistematización y estandarización docente: La experiencia acumulada en el Departamento de Ciencias Clínicas de la Facultad No.2, extendida a los hospitales docentes Dr. Ambrosio Grillo Portuondo, Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso y Dr. Joaquín Castillo Duany, permitió la construcción de un método uniforme, replicable y evaluable, garantizando la calidad de la enseñanza en todos los escenarios formativos.

En este sentido, se ha realizado un análisis detallado de cada uno de los puntos metodológicos esenciales, estructurándolos en dos grandes bloques (anamnesis y examen físico), y desarrollando el significado pedagógico, estrategia didáctica, y la aplicación práctica de cada orientación, a partir de la concepción científico-metodológica de Roca Goderich.

SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA PEDAGÓGICA Y DIDÁCTICA PARA LA ENSEÑANZA DE LA PROPEDEÚTICA CLÍNICA Y SEMIOLOGÍA MÉDICA.

El método desarrollado por la Escuela Cubana de Semiología de Santiago de Cuba se concreta en un conjunto de 24 orientaciones metodológicas en el contexto práctico en el folleto original, compendiadas en 17 puntos, que guían al profesor y al estudiante en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Estas orientaciones, reflejadas en el folleto fundacional de la asignatura, se estructuran en dos grandes bloques: la anamnesis y el examen físico. Cada una de ellas constituye un eslabón metodológico que el profesor tutor debe dominar para garantizar una formación progresiva, sistemática y humanista, adaptándola al contenido del Plan E de la asignatura de Propedéutica y a la Disciplina Principal Integradora.

SOBRE LA ANAMNESIS: EL ARTE DE INTERROGAR

La anamnesis es concebida como el primer y más importante acto clínico, donde el estudiante aprende no solo a obtener información, sino a establecer una relación significativa con el paciente. El método propuesto por la escuela santiaguera se desarrolla en las siguientes 17 orientaciones fundamentales:

Punto 1: Introducción al documento clínico y principio de aprender haciendo

"El primer día de práctica se dedicará a explicar al alumno qué es la Historia Clínica en sentido general, las partes de que consta y el objetivo de cada una de ellas. Esto se hará mostrándoles una historia clínica, cuidando dentro de lo posible que tenga los modelos oficiales, de manera que el estudiante se familiarice con el documento. Es conveniente aclarar que la práctica es para aprender a hacer y no para conocer o saber. Esto quiere decir que las explicaciones teóricas deberán limitarse a lo mínimo indispensable para introducir una técnica, una maniobra explorativa, etc., y que el grueso de la práctica debe consistir en hacer cosas el alumno y no en oír explicaciones teóricas del profesor."

Tabla 1 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este punto establece los dos pilares iniciales de la enseñanza: la familiarización con el instrumento del pensamiento clínico (la Historia Clínica) y el principio metodológico que guiará toda la práctica (aprender haciendo). La Historia Clínica no es un mero formulario administrativo, sino el espacio donde el estudiante aprende a estructurar su pensamiento clínico. El principio de "aprender haciendo" coloca al estudiante como protagonista activo de su aprendizaje.
Estrategia didáctica:	El profesor debe mostrar modelos oficiales de Historia Clínica y explicar la función de cada epígrafe, no solo qué se escribe sino por qué se escribe. Simultáneamente, debe dosificar la teoría al mínimo indispensable, reservando el tiempo práctico para que el estudiante ejecute las acciones clínicas fundamentales: interrogar, palpar, percudir y auscultar.
Error común a evitar:	Convertir la práctica en una clase teórica más, o que el estudiante perciba la Historia Clínica como un trámite burocrático y no como una herramienta intelectual.
Aplicación práctica:	El profesor debe planificar la primera práctica con dos momentos: una breve introducción teórica (10-15 minutos) mostrando y explicando la Historia Clínica, y el resto del tiempo dedicado a la acción del estudiante bajo supervisión.

Punto 2: Método del interrogatorio: estructura, técnicas y progresión gradual

"Hay que explicar al alumno los pasos a seguir y las preguntas claves para obtener la anamnesis. Una manera sencilla sería comenzar el interrogatorio con estas tres preguntas: ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo le empezó? ¿Cómo ha sido todo desde el principio? Es fácil para el principiante recordar 'qué', 'cuándo', 'cómo'. Luego debe permitir al paciente hacer todo el relato de su enfermedad, sin interrumpirlo; sólo guiarlo discretamente

cuando se extienda inútilmente o se desvíe del tema. Después debe precisar los detalles del relato y agotar las características semiológicas del síntoma o síntomas que haya referido. Por ejemplo, en el caso de un dolor: intensidad, irradiación, periodicidad, etc. Por último, indagar sobre los síntomas acompañantes y los tratamientos recibidos. Durante una o dos prácticas, el instructor debe realizar el interrogatorio del enfermo y los alumnos observar cómo se hace. Durante las dos o tres prácticas siguientes, los estudiantes interrogarán personalmente al enfermo, pero guiados y corregidos directamente por el instructor. Por último, los estudiantes practicarán solos la obtención y confección de la anamnesis, supervisadas por el instructor."

Tabla 2 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este punto integra dos dimensiones esenciales: la estructura del interrogatorio (qué, cuándo, cómo) y la progresión metodológica (observación, práctica guiada, autonomía). La triada "qué, cuándo, cómo" constituye un andamiaje cognitivo que organiza el pensamiento del principiante y facilita la transición del caos informativo a la estructura clínica. La progresión gradual garantiza que el estudiante avance desde la observación pasiva hasta la práctica autónoma.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a escuchar activamente, permitiendo el relato libre del paciente antes de pasar a las preguntas dirigidas. Debe modelar el interrogatorio en las primeras prácticas, mostrando cómo se escucha y cómo se guía discretamente. Luego debe guiar al estudiante en la práctica, y finalmente supervisar su ejecución autónoma.
Error común a evitar:	Interrumpir al paciente prematuramente, hacer preguntas dirigidas que contaminen el relato espontáneo, o liberar al estudiante en la práctica clínica sin la preparación adecuada.
Aplicación práctica:	El profesor debe planificar las prácticas en tres fases: (1) demostración del interrogatorio por el profesor; (2) práctica guiada del estudiante con corrección directa; (3) práctica autónoma supervisada. Debe exigir el uso de las tres preguntas clave y la caracterización semiológica de los síntomas.

Punto 3: La corrección y calificación de las anamnesis

"Durante las primeras prácticas, en las que el profesor es el que interroga y los alumnos observan, y en las que los estudiantes interrogan personalmente pero guiados, el profesor tutor debe dictar a los alumnos las primeras anamnesis. Después, el estudiante las escribiría solo y el profesor se las calificará y corregirá, señalándole los errores."

Tabla 3 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	El dictado inicial permite al estudiante interiorizar la estructura y el lenguaje de la Historia Clínica. La corrección personalizada constituye una retroalimentación formativa esencial.
Estrategia didáctica:	El profesor debe corregir señalando los errores y explicando por qué son errores, no solo marcándolos.
Error común a evitar:	Corregir solo la forma sin explicar el fondo semiológico; o demorar excesivamente la corrección, perdiendo el efecto pedagógico inmediato.
Aplicación práctica:	El profesor debe entregar las anamnesis corregidas con comentarios que expliquen los errores y sugieran mejoras.

Punto 4: Datos de identidad y motivo de ingreso: precisión y prudencia semiológica

"Los datos de identidad del enfermo no tienen por qué aparecer en la anamnesis, sino en el sitio que les corresponde. Así, se evitará comenzar la historia refiriendo 'paciente de 60 años de edad, que con historia...'. El motivo de ingreso debe ser breve, una o dos palabras, o sea, el síntoma más importante por el cual el enfermo consulta o ingresa. Por ejemplo, 'dolor de cabeza', 'falta de aire', etc. No deben ponerse en el motivo de ingreso frases o palabras que impliquen un diagnóstico o una interpretación de los síntomas del enfermo, tales como 'úlcera duodenal', 'diabetes' o 'insuficiencia cardíaca'."

Tabla 4 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este punto establece dos principios esenciales para la estructura de la Historia Clínica: el orden formal (cada dato en su lugar correspondiente) y la precisión semiológica (el motivo de ingreso debe reflejar el síntoma del paciente, no el diagnóstico del médico). El primero enseña al estudiante la importancia de la organización del expediente clínico; el segundo le enseña a distinguir entre el dato y su interpretación, habilidad esencial para el razonamiento clínico.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a ubicar los datos de identidad en el epígrafe correspondiente, evitando mezclarlos con la anamnesis. Debe ejemplificar la diferencia entre un síntoma y un diagnóstico, mostrando cómo un mismo síntoma puede tener múltiples causas.
Error común a evitar:	Mezclar datos de identidad con la anamnesis, o aceptar diagnósticos previos como motivo de ingreso sin verificar los síntomas que los sustentan.

Aplicación práctica:	El profesor debe revisar sistemáticamente la estructura formal de las historias, señalando cualquier desorden en la ubicación de los datos y corrigiendo los motivos de ingreso que contengan diagnósticos.
----------------------	---

Punto 5: La redacción de la anamnesis: fidelidad y claridad (Primera parte)

"La anamnesis debe ser escrita en forma clara y precisa, lo más fiel posible a la narración del enfermo. Deben evitarse las palabras técnicas que tienen significación diagnóstica, tales como hemoptisis, hematemesis, ictericia, etc., al igual que los términos propios del enfermo demasiado vulgares, tales como 'un aire', 'dolor de barriga', etc. Solo en el caso de que no se encuentre una traducción adecuada, o que el médico examinador entienda que tiene utilidad diagnóstica el describir algunas sensaciones con las propias palabras del enfermo, estas se mantendrán y se escribirán entre comillas."

Tabla 5 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este principio enseña al estudiante el rigor semiológico y la honestidad intelectual en el registro clínico. No se debe diagnosticar lo que solo se ha descrito. La anamnesis debe ser un relato fiel de lo que el paciente cuenta.
Estrategia didáctica:	El profesor debe ejemplificar la diferencia entre describir y diagnosticar, mostrando cómo una misma descripción puede corresponder a diferentes diagnósticos.
Error común a evitar:	Usar términos técnicos en la anamnesis como si fueran descripciones, o transcribir literalmente el lenguaje vulgar del paciente sin ninguna adaptación.
Aplicación práctica:	El profesor debe corregir sistemáticamente el uso inapropiado de términos técnicos en la anamnesis, enseñando al estudiante a describir sin diagnosticar.

Punto 5: Ejemplo didáctico de redacción correcta. (Segunda parte)

"Ejemplo: 'Refiere el paciente que hace tres días notó que los ojos se le habían puesto de color amarillo, al mismo tiempo que le aparecieron unas manchas de color rojo, pequeñas, que no le producían ninguna molestia, en ambas piernas. Cree que tuvo fiebre pero no la comprobó con el termómetro. Las manchas se le han ido extendiendo por todo el cuerpo, sobre todo por el vientre y cara anterior del tórax. Hoy amaneció con náuseas y una sensación de ardor en el estómago, "como si tuviera una brasa de candela dentro". Posteriormente tuvo un vómito de sangre negruzca y fue traído a este hospital, donde quedó ingresado.' Como puede verse, aquí se han evitado las palabras ictericia, petequias y hematemesis que diagnosticarían síntomas que sólo conocemos por la narración del enfermo, y se han escrito las cosas tal como él las refirió."

Tabla 6 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este ejemplo es un modelo de excelencia en la redacción semiológica. Muestra cómo describir con precisión sin diagnosticar, y cómo recoger el lenguaje del paciente cuando tiene valor semiológico.
Estrategia didáctica:	El profesor debe analizar este ejemplo con los estudiantes, señalando cada elección lingüística y su razón de ser.
Error común a evitar:	Que el estudiante copie el ejemplo sin comprender los principios que lo sustentan.
Aplicación práctica:	El profesor puede pedir a los estudiantes que reescriban una anamnesis mal redactada siguiendo estos principios.

Punto 6: La anamnesis en enfermedades crónicas

"En las enfermedades crónicas, como es el caso de la hipertensión arterial, diabetes mellitus, el asma bronquial bien establecida, las cardiopatías, etc., la anamnesis debe comenzar con la enfermedad y no con la última crisis que motivó el ingreso. Incluso en el caso de que el motivo de ingreso no tenga que ver aparentemente con la enfermedad crónica del paciente, debe hacerse referencia a esta desde el principio y no considerarla como un antecedente patológico personal más. Es que una enfermedad crónica como la diabetes o una cardiopatía, más que un antecedente, constituye una nueva condición fisiopatológica con la cual se ve obligado a vivir el enfermo, y cuya mención inicial no debe omitirse."

Tabla 7 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este principio enseña al estudiante a pensar en términos de contexto clínico y continuidad asistencial. Una enfermedad crónica no es un dato aislado del pasado, sino una condición que determina el presente.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a integrar la historia de la enfermedad crónica en el relato actual, mostrando cómo una condición modifica la evolución y el pronóstico.
Error común a evitar:	Considerar la enfermedad crónica como un mero "antecedente" sin relación con el cuadro actual.
Aplicación práctica:	El profesor debe corregir las historias que omitan o releguen la enfermedad crónica, explicando su importancia fisiopatológica.

Punto 7: La descripción objetiva versus la interpretación

"En la anamnesis se describe lo que cuenta el paciente y en el caso de alteraciones visibles u objetivas, se precisa su forma, tamaño, color, aspecto, etc., es decir, sus características físicas, pero no se interpretan. Ejemplo: las Petequias del paciente en el epígrafe anterior fueron descritas, pero no interpretadas. Esto es lógico que sea así, pues el médico que interroga puede imaginar por la descripción del enfermo que se trata de Petequias, pero no puede estar seguro de ello mientras no lo examine."

Tabla 8 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este principio inculca el rigor diagnóstico y la honestidad intelectual. El médico no debe diagnosticar lo que no ha verificado. La anamnesis es el relato del paciente, no el diagnóstico del médico.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a separar la descripción de la interpretación, mostrando cómo la misma descripción puede tener diferentes significados diagnósticos.
Error común a evitar:	Confundir la descripción con la interpretación, o diagnosticar basándose solo en el relato del paciente.
Aplicación práctica:	El profesor debe señalar en las historias los pasajes donde el estudiante ha interpretado en lugar de describir.

Punto 8: El interrogatorio por aparatos

"Al llegar al interrogatorio por aparatos, se enseñará a los alumnos cuáles son más o menos los síntomas principales que pueden aparecer en las afecciones de los distintos apartados, de manera que él pueda conducir su interrogatorio con alguna facilidad. Se les explicará las palabras técnicas con que se expresan cada uno de estos síntomas «cefalea, hematuria, angina, etc.» pero no se entrará en detalles particulares ni en explicaciones fisiopatológicas, innecesarias en ese momento."

Tabla 9 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este principio establece el nivel de profundidad adecuado para el estudiante de Propedéutica. No se trata de enseñar fisiopatología, sino de entrenar en la recogida sistemática de síntomas.
Estrategia didáctica:	El profesor debe proporcionar al estudiante una guía de síntomas por aparatos, pero sin entrar en explicaciones causales.
Error común a evitar:	Convertir el interrogatorio por aparatos en una clase de fisiopatología que sobrepase el nivel del estudiante.
Aplicación práctica:	El profesor debe limitar las explicaciones a la identificación y definición de los síntomas, dejando la fisiopatología para etapas posteriores.

Punto 9: Historia psicosocial, respeto al paciente y práctica continuada de la Historia Clínica completa

"Se enseñará al alumno todos los epígrafes de la historia psicosocial, pero durante la práctica en colectivo se obtendrán por respeto al paciente las preguntas de carácter íntimo o personal. A medida que se vaya desarrollando el curso, y según la frecuencia con que lo disponga el departamento, los alumnos practicarán siempre en sus libretas la confección de historias clínicas completas, llegando cada vez hasta el último epígrafe aprendido. Dichas historias serán revisadas por su instructor, quien corregirá los errores y deficiencias, y hará los señalamientos oportunos sobre la redacción y forma del documento."

Tabla 10 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este punto integra dos dimensiones esenciales: la ética (el respeto al paciente en la indagación de aspectos íntimos) y la práctica sistemática (la confección continuada de historias clínicas completas como eje del aprendizaje). La primera enseña al estudiante que la relación médico-paciente tiene límites éticos que deben ser respetados; la segunda establece que la competencia clínica se consolida mediante la práctica repetida y la corrección sistemática.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a identificar qué preguntas son íntimas y cómo abordarlas con el debido respeto y discreción, evitando hacerlas en presencia de otros estudiantes. Simultáneamente, debe exigir la práctica sistemática de historias clínicas completas y revisarlas con rigor, señalando errores y deficiencias.
Error común a evitar:	Hacer preguntas íntimas en presencia de otros estudiantes o sin la debida privacidad, o aceptar historias incompletas sin la corrección correspondiente.
Aplicación práctica:	El profesor debe modelar cómo abordar las preguntas íntimas, y corregir cualquier falta de respeto en el trato al paciente. Debe revisar sistemáticamente todas las historias, proporcionando retroalimentación escrita y verbal, y asegurando que el estudiante avance progresivamente en la completitud de sus historias.

SOBRE EL EXAMEN FÍSICO: LA SEMIOLOGÍA COMO ARTE DEL ENCUENTRO

El examen físico es concebido no como una mera sucesión de maniobras, sino como un acto semiológico integral donde el estudiante aprende el arte de: la observación, la palpación, la percusión, y la auscultación con sentido clínico. El método propuesto se desarrolla en las siguientes 7 orientaciones fundamentales:

Punto 10: La enseñanza de lo normal como punto de partida y el aprovechamiento de los hallazgos clínicos

"Al llegar al examen físico en sus distintas modalidades, es necesario enseñar primero al estudiante las características normales de cada región o apartado. Para ello se dedicarán una o dos prácticas al examen de enfermos que sean normales desde el punto de vista de la región, apartado o característica física que se vaya a enseñar. Es costumbre enseñar al alumno algún síntoma llamativo, típico o importante en un enfermo, aunque corresponda a un apartado que todavía él no ha aprendido. Esto puede y debe hacerse, sobre todo teniendo en cuenta que muchas veces, al llegar al apartado en cuestión de acuerdo con el programa de prácticas, entonces no aparecen los enfermos con los síntomas necesarios para entrenar al alumno. Hay que tener cuidado, sin embargo, en enseñar al estudiante cosas que él no está en capacidad de aprovechar verdaderamente. Por ejemplo, no se saca nada con interrumpirle su práctica en la obtención de la anamnesis a un alumno que comienza y que en ese momento lo que necesita es adquirir destreza en el interrogatorio del enfermo para enseñarle un soplo cardiaco interesante, típico o poco frecuente, pero que su oído aún no preparado no puede todavía descifrar."

Tabla 11 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este punto establece dos principios fundamentales para la enseñanza del examen físico. Primero, la semiología sin conocimiento de lo normal es un gesto vacío; el estudiante debe desarrollar un estándar de normalidad que le permita reconocer las desviaciones. Segundo, la realidad clínica exige flexibilidad para aprovechar los hallazgos patológicos cuando aparecen, pero con la salvedad de no hacerlo si el estudiante no está preparado para comprenderlos, pues ello interrumpiría su proceso formativo sin beneficio real.
Estrategia didáctica:	El profesor debe seleccionar pacientes normales para las primeras prácticas, asegurando que el estudiante aprenda primero lo normal. Simultáneamente, debe identificar los hallazgos clínicos relevantes que aparezcan, pero evaluar si el estudiante está en condiciones de aprovecharlos. Si el hallazgo es importante pero el estudiante no está preparado, el profesor puede señalarlo brevemente y retomarlo en el momento adecuado.
Error común a evitar:	Enseñar lo patológico antes de que el estudiante haya consolidado su conocimiento de lo normal, o desviar al estudiante de su objetivo de aprendizaje inmediato para mostrarle un hallazgo clínico que no puede comprender.
Aplicación práctica:	El profesor debe planificar prácticas específicas para el reconocimiento de lo normal en cada región y sistema, y debe respetar la secuencia del aprendizaje: primero lo normal, después lo patológico, y solo cuando el estudiante esté preparado para comprenderlo.

Punto 11: La interpretación en el examen físico y la precisión en la medición

"Contrariamente a la anamnesis, en el examen físico sí se interpretan las alteraciones que se recogen y se describen por su nombre, siempre que sean identificables. Tal es el caso de las petequias, ictericia, una hepatomegalia, etc. En cuanto al tamaño de las tumoraciones, es preferible expresarlo en centímetros y no comparándolo con el de objetos o cosas conocidas, pero cuyas dimensiones pueden ser variables. Ejemplo: 'tumoración redondeada en el abdomen de unos 6 a 7 cm de diámetro' es más exacto y más adecuado para una historia clínica que 'tumoración del tamaño de una naranja mediana', porque esto depende del concepto subjetivo de mediano, y aquellos de una medida invariable como es el centímetro."

Tabla 12 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este principio establece una distinción epistemológica clave entre dos momentos del acto clínico: la anamnesis (relato del paciente, donde el médico no debe interpretar ni diagnosticar) y el examen físico (exploración directa del médico, donde sí puede y debe identificar e interpretar los hallazgos objetivos). Esta distinción es fundamental para el rigor semiológico y la honestidad intelectual.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a diferenciar claramente entre lo que pertenece al relato del paciente (anamnesis) y lo que es producto de su propia exploración (examen físico). En la anamnesis se describe sin interpretar; en el examen físico se identifica y nombra el hallazgo.

Error común a evitar:	Confundir la anamnesis con el examen físico, o aplicar los criterios de uno en el otro. Por ejemplo, usar términos diagnósticos en la anamnesis (como "hemoptisis" en lugar de "vómito de sangre") o describir en el examen físico sin nombrar el hallazgo identificable (como decir "manchas rojas" en lugar de "petequias").
Aplicación práctica:	El profesor debe ejemplificar esta distinción con casos concretos. Por ejemplo: en la anamnesis se escribe "refiere haber notado sus ojos de color amarillo"; en el examen físico se escribe "ictericia escleral y cutánea". Además, debe exigir al estudiante que utilice medidas exactas (centímetros) en lugar de comparaciones subjetivas (tamaño de una fruta).
Precisión métrica:	El uso de centímetros en lugar de comparaciones subjetivas (naranja, huevo, puño) es un principio de excelencia clínica. Las dimensiones de los objetos varían según la percepción individual, mientras que el centímetro es una medida universal e invariable. Esto garantiza la reproducibilidad de los hallazgos y facilita el seguimiento evolutivo del paciente.

Punto 12: La descripción de las alteraciones de la piel en el examen general

"Las alteraciones encontradas en la piel se deben de describir, en el examen general de la misma, y no en el examen particular del aparato que se estime responsable de dichas alteraciones. Por ejemplo: las petequias se describen en el examen de la piel y no en el sistema hemolinfopoyético. Es el mismo caso de la ictericia."

Tabla 13 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este principio establece un orden lógico y sistemático en la confección de la Historia Clínica. La piel es un órgano universal que debe ser examinado en su totalidad como parte del examen físico general, antes de abordar los sistemas particulares. Esto garantiza que las alteraciones cutáneas sean descritas en su contexto global y no de forma fragmentada en diferentes apartados.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a separar la descripción de los hallazgos cutáneos (que pertenecen al examen general de la piel) de su interpretación etiológica (que puede pertenecer a un sistema particular). Primero se describe lo que se ve; después se relaciona con el sistema afectado.
Error común a evitar:	Duplicar la información describiendo las mismas lesiones cutáneas en el examen general de la piel y luego nuevamente en el examen por sistemas. Esto genera repeticiones innecesarias y contradicciones potenciales. También es un error omitir la descripción en el examen general y solo mencionarla en el sistema particular.
Aplicación práctica:	El profesor debe exigir al estudiante que todas las alteraciones de la piel «petequias, ictericia, equimosis, erupciones, cicatrices, etc.» sean descritas completa y sistemáticamente en el epígrafe correspondiente al examen de la piel, dentro del examen físico general. En el examen por sistemas (ej. hemolinfopoyético, hepático, etc.) se menciona el hallazgo, pero se remite a la descripción ya realizada en el examen general, para evitar repeticiones.
Organización semiológica:	Este principio responde a una concepción integral del examen físico: primero se examina el paciente en su totalidad (examen general: piel, fanera, tejido celular subcutáneo, etc.), y luego se profundiza en cada sistema particular. Las alteraciones cutáneas son parte del terreno donde pueden manifestarse enfermedades de múltiples sistemas, por lo que su descripción debe ser completa y unificada.

Punto 13: Evaluación precisa del panículo adiposo y su relación con el hábito externo a través del índice de masa corporal

"Cuando requiere determinar con toda precisión, el panículo adiposo se mide teniendo en cuenta el peso ideal del paciente. Puede considerarse aumentado cuando el peso real del paciente sea un 10% mayor que el peso ideal, según las tablas, y disminuido, cuando sea un 20% menor. Es conveniente aclarar que el panículo adiposo no tiene relación directa con el hábito externo, pues un paciente longilíneo habitualmente delgado, puede engordar, mientras que un brevilíneo, más bien grueso, puede adelgazar."

Tabla 14 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	La evaluación del panículo adiposo debe ser objetiva y cuantitativa, utilizando el peso ideal y porcentajes de desviación (10% y 20%). Se establece una distinción conceptual entre biotipo (constitución genética, estable) y panículo adiposo (estado nutricional, variable). En la actualidad, el Índice de Masa Corporal (IMC): El IMC se calcula mediante la fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{Talla (m)}^2$, constituye un estándar internacional validado por la Organización Mundial de la Salud (2025) que complementa esta evaluación.
Estrategia didáctica:	Enseñar al estudiante a calcular el peso ideal según tablas (edad, sexo, talla, complexión) y compararlo con el peso real. Enseñar el cálculo e interpretación del IMC, explicando sus ventajas: objetividad, estandarización, correlación con morbilidad y aplicabilidad en cualquier nivel de atención. Diferenciar entre hábito externo (biotipo) y panículo adiposo (estado nutricional).
Error común a evitar:	Confundir biotipo con estado nutricional (asumir que un longilíneo está desnutrido o un brevilíneo obeso), o basar la evaluación en impresión visual sin utilizar tablas de peso ideal o IMC.

Aplicación práctica:	Exigir la evaluación objetiva del pániculo adiposo mediante peso real, peso ideal, porcentajes de desviación y cálculo del IMC (OMS: bajo peso <18.5; normopeso 18.5-24.9; sobrepeso 25.0-29.9; obesidad ≥30.0). Diferenciar entre biotipo (examen general) y pániculo adiposo (parámetro independiente).
----------------------	---

Punto 14: Identificación de órganos y descripción de hallazgos regionales

"Las alteraciones de órganos identificables que se detectan en el examen físico regional se deben de referir y describir en el examen físico del aparato al que pertenece el órgano enfermo. Aquellas alteraciones no identificables o imputables a órgano alguno, se debe describir en el propio examen físico regional. Ejemplo: el examinado encuentra, al realizar el examen físico regional del abdomen, una tumoración con todas las características de una hepatomegalia. Debe referir allí que detectó una tumoración y que la describirá en el examen físico del aparato digestivo. Por el contrario, no puede identificar la tumoración ni atribuírsela a órgano alguno, la debe de describir ahí mismo, pues a esa región pertenece la neoformación."

Tabla 15 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este principio establece un criterio de organización semiológica basado en la capacidad de identificación del explorador. Si el hallazgo puede ser identificado y atribuido a un órgano específico con certeza, pertenece al examen por sistemas. Si el hallazgo no puede ser identificado ni atribuido a un órgano, pertenece al examen regional. Esta distinción refleja el rigor diagnóstico y la honestidad intelectual del clínico: no se debe diagnosticar lo que no se puede identificar con certeza.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a evaluar críticamente sus hallazgos: ¿Puedo identificar este órgano con certeza? Si la respuesta es sí, se describe en el sistema correspondiente. Si es no, se describe en la región. Esta decisión debe basarse en el conocimiento anatómico y en la experiencia clínica del explorador.
Error común a evitar:	Atribuir un hallazgo a un órgano específico sin tener la certeza suficiente (falso diagnóstico). O, por el contrario, no trasladar al sistema correspondiente un hallazgo claramente identificable, fragmentando la información. También es un error describir el mismo hallazgo en dos lugares diferentes (duplicidad).
Aplicación práctica:	El profesor debe ejemplificar esta distinción con casos concretos. Por ejemplo: una hepatomegalia (identificable por sus características: borde, consistencia, movilidad respiratoria) se describe en el sistema digestivo. Una tumoración abdominal no identificable (sin características definidas de órgano específico) se describe en el examen regional del abdomen.
Principio de organización:	Este principio establece que el examen físico regional actúa como un primer filtro que permite detectar los hallazgos, pero su ubicación definitiva en la Historia Clínica depende del nivel de certeza diagnóstica del explorador.

Punto 15: Examen de las mamas y las regiones inguinales en el examen físico regional

"En el examen físico regional del tórax se deben examinar las mamas y en el del abdomen, las regiones inguinales."

Tabla 16 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	El examen regional debe ser exhaustivo, sin omitir estructuras por su pertenencia a otros sistemas. Las mamas son torácicas y las regiones inguinales son abdominales; su inclusión sistemática garantiza una exploración integral y evita omisiones.
Estrategia didáctica:	El profesor debe enseñar al estudiante a incluir estas regiones dentro de la secuencia del examen regional, explicando la razón topográfica y la importancia de su exploración sistemática.
Error común a evitar:	Omitir el examen de mamas o regiones inguinales por considerarlas parte de otros sistemas, o examinarlas fuera de secuencia rompiendo la sistematicidad.
Aplicación práctica:	Exigir que en el examen del tórax se incluyan siempre las mamas, y en el del abdomen, las regiones inguinales (incluyendo anillos y hernias), de forma sistemática y no ocasional.

Punto 16: Localización del punto pielorrenoureteral superior y del punto subcostal

"El punto pielorrenoureteral superior está a la altura de una línea horizontal que pasa por el ombligo. El que está inmediatamente por debajo del reborde costal es el punto subcostal, de escaso valor semiológico."

Tabla 17 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	La precisión topográfica es esencial para la reproducibilidad de los hallazgos y la comunicación clínica. El punto pielorrenoureteral superior tiene valor semiológico por su relación con afecciones renales o ureterales; el punto subcostal carece de valor por no corresponder a una estructura específica fiable.
Estrategia didáctica:	Enseñar al estudiante la localización exacta del punto pielorrenoureteral superior (intersección de la línea horizontal del ombligo con el borde externo del recto anterior) y explicar el escaso valor del punto subcostal.

Error común a evitar:	Confundir ambos puntos o atribuir valor semiológico al punto subcostal, así como ignorar el punto pielorrenoureteral superior.
Aplicación práctica:	Exigir la localización precisa del punto pielorrenoureteral superior mediante referencias anatómicas claras, y desestimar el punto subcostal como referencia confiable.

Punto 17: Metodología para la enseñanza y organización del examen del sistema nervioso

"En el examen del sistema nervioso, al igual que en el de los otros sistemas o aparatos, se debe dedicar las tres o cuatro primeras prácticas a hacer exámenes en pacientes normales desde este punto de vista. Un buen examen demostrativo de este sistema debe abarcar dos prácticas; el primer día se llega hasta los pares craneales, y el segundo se dedica a un examen prolijo de éstos. Es decir, que en cuatro prácticas, el profesor tutor ha realizado delante de los alumnos dos exámenes completos del sistema nervioso. Después, durante dos o tres prácticas, los alumnos harán el examen ellos mismos, guiados y supervisados por el profesor. Por ejemplo, se pueden hacer exámenes colectivos, en que uno o dos alumnos cada vez, guiados por el docente del resto del grupo, sean los examinadores. De ahí en adelante, las prácticas consistirán en examinar pacientes con trastornos neurológicos en la sala de Neurología. Al examinar la motilidad pasiva se está determinando el estado del tono muscular; por lo tanto, éste no tiene por qué consignarse en un epígrafe aparte. El trofismo muscular sí le corresponde un epígrafe propio. Los signos meníngeos corresponden a una alteración del tono muscular, por lo que deben referirse a continuación del examen de la motilidad pasiva."

Tabla 18 Análisis pedagógico

Aspecto	Desarrollo
Fundamento epistemológico:	Este punto integra dos dimensiones esenciales de la enseñanza del sistema nervioso: la progresión metodológica para su aprendizaje y la organización semiológica de su ejecución. La primera establece una secuencia gradual (observación → práctica guiada → autonomía) que respeta la complejidad del sistema neurológico. La segunda organiza la exploración de forma lógica, reconociendo que el tono muscular se evalúa mediante la motilidad pasiva, el trofismo requiere un epígrafe independiente y los signos meníngeos, por su relación con el tono, deben registrarse en ese contexto.
Estrategia didáctica:	El profesor debe planificar las prácticas de Neurología en cuatro fases: dos de observación de exámenes completos en pacientes normales (con énfasis progresivo en pares craneales); dos o tres de ejecución guiada mediante exámenes colectivos; y finalmente, prácticas en sala de Neurología con pacientes reales. Al mismo tiempo, debe enseñar al estudiante a organizar el examen neurológico: evaluar el tono durante la motilidad pasiva, consignar el trofismo en epígrafe propio, y registrar los signos meníngeos inmediatamente después de la motilidad pasiva.
Error común a evitar:	Obviar las fases de observación y pasar directamente a la práctica en pacientes con trastornos neurológicos. También es un error consignar el tono en un epígrafe aparte, separándolo de la motilidad pasiva, u omitir el epígrafe del trofismo muscular.
Aplicación práctica:	El profesor debe demostrar el examen completo en dos sesiones: la primera hasta pares craneales, la segunda profundizando en ellos. Luego debe guiar a los estudiantes en exámenes colectivos y, finalmente, trasladar la práctica a la sala de Neurología. Debe exigir que el tono se registre dentro de la motilidad pasiva, que el trofismo tenga epígrafe propio, y que los signos meníngeos se consignen a continuación de la motilidad.

Sistematización de la enseñanza de la Propedéutica Clínica y Semiología Médica en los escenarios docentes

La planificación temporal de la asignatura es una decisión colegiada, el programa establece la distribución base, pero el colectivo docente ajusta el tiempo según complejidad, dificultades de los estudiantes, disponibilidad de pacientes y necesidades del grupo. Los ajustes deben estar justificados desde lo metodológico y ser aprobados por el colectivo.

La sistematización del contenido de la asignatura, se concreta a través de las diferentes formas de organización de la enseñanza, las cuales constituyen una triada dialéctica que complementa la incorporación cognitiva de los contenidos en el estudiante: el pase de visita docente asistencial, la guardia médica y la discusión de caso clínico.

El colectivo de asignatura, decide qué contenido seleccionar, cómo impartirlo, para qué y cuáles son las esencialidades más importantes. La preparación metodológica garantiza que el contenido sistematizado «expresado en las orientaciones prácticas del folleto fundacional» sea impartido de forma coherente y progresiva a lo largo de las diferentes formas de organización de la enseñanza en el Plan E de la carrera de Medicina, lo que garantiza que el estudiante no solo asimile los contenidos, sino que desarrolle habilidades prácticas en el pase de visita, adquiera habilidades para la toma de decisiones en la guardia médica, y consolide su capacidad de integración y razonamiento clínico en la discusión de caso.

DISCUSIÓN

La sistematización de las diecisiete orientaciones metodológicas de la Escuela Cubana de Semiología de Santiago de Cuba, desarrollada en la Facultad de Ciencias Médicas No. 2, revela una coherencia epistemológica que dialoga fructíferamente con las tendencias pedagógicas contemporáneas en educación médica. El énfasis en la progresión gradual del aprendizaje «desde la observación hasta la práctica autónoma», la enseñanza de lo normal como punto de partida, y la distinción entre la descripción (anamnesis) y la interpretación (examen físico) encuentran resonancia en los modelos actuales de aprendizaje situado y de desarrollo de competencias clínicas, (Gilma et al., 2021; Lehmann et al., 2026).

La literatura internacional de los últimos cinco años coincide en señalar que la enseñanza de la semiología enfrenta desafíos significativos ante la creciente digitalización de la práctica médica, en conjunto con la inteligencia artificial, (Rajpurkar, P., et al. 2022; King M.R. 2023). Estudios recientes documentan la reducción de horas de contacto clínico directo en muchos planes de estudio, así como la necesidad de incorporar herramientas como la simulación clínica de alta fidelidad y los pacientes estandarizados para compensar esta disminución. No obstante, investigaciones provenientes de revistas como *Academic Medicine* y *Medical Teacher* advierten que la tecnología debe ser un medio y no un fin, y que la competencia semiológica sigue siendo el pilar del razonamiento diagnóstico.

En este sentido, el modelo de educación basada en competencias es cada vez más frecuente para la formación de pregrado en medicina en muchos países (Mantilla, 2021); sin embargo, falta consenso sobre el concepto de competencia, que puede limitar la comprensión y el análisis de los programas curriculares que lo emplean.

En este contexto, la Escuela Cubana de Santiago de Cuba ofrece un modelo de resiliencia pedagógica que anticipó muchas de las recomendaciones actuales. El principio de que "la práctica es para aprender a hacer y no para conocer o saber" se alinea con el enfoque por competencias que promueve la educación médica contemporánea. La triada dialéctica «pase de visita, guardia médica y discusión de caso» constituye un dispositivo formativo integral que garantiza la exposición progresiva del estudiante a la complejidad clínica, desde el escenario supervisado hasta la toma de decisiones autónoma en situaciones de urgencia. Este modelo se corresponde con las propuestas actuales de integración curricular vertical y de aprendizaje basado en la práctica reflexiva.

Sin embargo, es necesario emitir un juicio crítico sobre la tendencia global a privilegiar la tecnología por encima del método clínico. La inteligencia artificial y los sistemas de apoyo diagnóstico, aunque valiosos, han demostrado limitaciones importantes: dependen de la calidad de los datos de entrada, pueden perpetuar sesgos, y sobre todo, no pueden replicar la relación humana que se establece en el encuentro clínico. Como señalan estudios recientes, la tecnología debe ser un aliado del clínico, no un sustituto de su juicio, Murillo E. (2026) y Fernández-Cruz Pérez L., et al (2026). La semiología, como arte de la escucha y la exploración, sigue siendo la herramienta más poderosa para el diagnóstico, y la historia clínica bien realizada «como enseñaron Ilizástigui, Llanio y Roca» sigue siendo responsable de hasta el 80 % de los diagnósticos correctos.

La Escuela Cubana de Santiago de Cuba, con su énfasis en la relación médico-paciente, la escucha activa, el examen físico minucioso y el razonamiento clínico, no solo mantiene su vigencia, sino que se erige como un antídoto contra la deshumanización de la medicina. En un mundo donde los algoritmos prometen certezas, esta escuela recuerda que la medicina es, ante todo, un encuentro humano en la cabecera del enfermo, donde el interrogatorio, el examen físico y la valoración clínica de los exámenes complementarios definen, con un juicio clínico adecuado, el curso de una vida.

CONCLUSIONES

La sistematización de experiencia en la enseñanza de la Propedéutica Clínica y la Semiología Médica en la Facultad de Ciencias Médicas No. 2 de Santiago de Cuba confirma la vigencia del modelo formativo de la Escuela Cubana de Semiología, fundamentado en el legado de sus maestros y en un método pedagógico progresivo y humanista. Las diecisiete orientaciones prácticas, aplicadas a través de las clases prácticas, el pase de visita, la guardia médica y la discusión de caso clínico, garantizan el desarrollo progresivo de las habilidades clínicas en los estudiantes. Se reafirma que la semiología clínica, basada en la relación médico-paciente y el razonamiento clínico, constituye un saber insustituible por la tecnología, y que su transmisión a las nuevas generaciones es un deber ético y pedagógico ineludible.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Fernández-Cruz Pérez, L., Targarona Soler, E. M., & Ibeas López, J. (2026). Social responsibility and commitment in the context of artificial intelligence in healthcare. *Medicina Clínica*, 116(7), 107446. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025775326000965>

Ilizástigui Dupuy, F., & Douglas Pedroso, R. (1993). La formación del médico general básico en Cuba. *Educación Médica y Salud*, 27(2), 189-205. <https://iris.who.int/handle/10665/52747>

King, M. R. (2023). The future of AI in medicine: A perspective from a chatbot. *Annals of Biomedical Engineering*, 51(2), 291–295. <https://doi.org/10.1007/s10439-022-03121-w>

Lehmann Kreisberg, T., Álvarez Salazar, S., & Silva Silva, A. (2026). Evaluación por competencias en la educación médica latinoamericana: una revisión de alcance y análisis temático. *Revista Española de Educación Médica*, 7(3). <https://doi.org/10.6018/edumed.703861>

Llanio Navarro, R., Perdomo González, G., Arús Soler, E., Fernández Naranjo, A., Fernández Sacasas, J. A., Matarama Peñate, M., ... & Pérez Lorenzo, M. (2003). *Propedéutica Clínica y Semiología Médica*. Editorial Ciencias Médicas.

Mantilla, C., Ariza, K., Santamaría, A., & Moreno, S. (2021). Competency-based medical education: Scoping review. *Universitas Medica*, 62(2), 1-12. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed62-2.emed>

Murillo, E. (2026, enero). Médicos sobre uso de IA: debe reforzar razonamiento clínico, no sustituirlo. *CRHoy.com*. <https://crhoy.com/tecnologia/medicos-sobre-uso-de-ia-debe-reforzar-razonamiento-clinico-no-sustituirlo/>

Noya Chaveco, M. E., & Moya González, N. L. (Eds.). (2017). Parte I. El método clínico, la formación del médico y la medicina interna. En Roca Goderich. *Temas de Medicina Interna* (5.a ed., pp. 3-7). Editorial Ciencias Médicas. http://bvs.sld.cu/libros_texto/roca_temas_medicina_interna_tomo1_quintaedicion/parte1.pdf

Rajpurkar, P., Chen, E., Banerjee, O., & Topol, E. J. (2022). AI in health and medicine. *Nature Medicine*, 28(1), 31-38. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01614-0>

Roca Goderich, R. (s.f.). Algunas orientaciones para la enseñanza práctica de Propedéutica Clínica y Semiología Médica y la confección de la historia clínica por el estudiante de medicina. [Folleto fundacional].

Velazquez, C. (2022). La enseñanza del examen físico en el siglo XXI: desafíos y posibles soluciones. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 55(3), 13-18. <https://revistascientificas.una.py/index.php/RP/article/view/2948>

World Health Organization. (2025). Body mass index (BMI). <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/body-mass-index>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Declaración de responsabilidad de autoría

Los autores del manuscrito señalado, DECLARAMOS que hemos contribuido directamente a su contenido intelectual, así como a la génesis y análisis de sus datos; por lo cual, estamos en condiciones de hacernos públicamente responsable de él y aceptamos que sus nombres figuren en la lista de autores en el orden indicado. Además, hemos cumplido los requisitos éticos de la publicación mencionada, habiendo consultado la Declaración de Ética y mala praxis en la publicación.

Ventura Puente Sani, Eulises Guerra Cepena, José E. Vázquez Sarandeses, Rafael A. Caballero Artilles y Pedro Oropesa Roblejo: Proceso de revisión de literatura y redacción del artículo