

Los síntomas subjetivos hoy

Subjective Symptoms Today

Alfredo Darío Espinosa Brito^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0746-9349>

¹Hospital Clínico Quirúrgico Docente Dr. Gustavo Aldereguía Lima, Cienfuegos.

* Autor para la correspondencia: caridad.chao@infomed.sld.cu

RESUMEN

Se denominan síntomas subjetivos los que refieren las personas, pero en los que no se encuentran elementos objetivos que los justifiquen, después de realizarles un examen físico de calidad, lo que se complica más cuando tampoco se constatan resultados “anormales” en los exámenes complementarios que se les practican, por lo que se requiere de un alto grado de maestría clínica para interpretarlos adecuadamente. Se comentan algunas características generales de estos síntomas que no siempre son bien comprendidos ni valorados por los médicos, por los cuidadores ni, en ocasiones, por los propios aquejados, en una época en que proliferan la “rapidación”, el pragmatismo y las evidencias, por lo que estas personas se rotulan con frecuencia como casos “conflictivos”, con acento algo discriminatorio. Una anamnesis bien recogida cobra una importancia mayor en estos casos, a través de un “escuchatorio” e “interrogatorio de tercer grado”, como parte del método clínico, basado en una adecuada relación médico-paciente, que tenga en cuenta el contexto del enfermo y sus características particulares. Se hace mención a algunos de los síntomas subjetivos más frecuentes, así como de “nuevos” síndromes que han hecho irrupción en la clínica, donde este tipo de síntomas predomina. Se brindan algunos consejos y recomendaciones relacionados con el manejo de estos casos y finalmente se alerta de la necesidad de dedicar adecuada atención a los enfermos con síntomas subjetivos, tanto para lograr su futuro bienestar, como para evitar lamentables sorpresas por no prestarles el debido cuidado.

Palabras clave: síntomas subjetivos; método clínico; semiología; anamnesis.

ABSTRACT

Subjective symptoms are those that patients report, but in which no objective elements are found to justify them after performing a quality physical examination. This is even more complicated when “abnormal” results are not found in the complementary tests performed. In cases like these, high degree of clinical expertise is therefore required to interpret the symptoms appropriately. Some general characteristics of these symptoms are discussed, which are not always well understood or valued by doctors, by caregivers, or by those who suffer themselves on some occasions, in an era in which “speediness,” pragmatism, and evidence proliferate. Therefore, these individuals are frequently labeled as “conflictive” cases, with discriminatory meaning. A well-collected anamnesis takes on greater importance in these cases through a “listening” and “third-degree interrogation,” as part of the clinical

method, based on an adequate doctor-patient relationship, which takes into account the context of the patient and its particular characteristics. Mention is made of some of the most frequent subjective symptoms and “new” syndromes that have burst into the clinic due to the predominance of this type of symptoms. Some advice and recommendations related to the management of these cases are provided, and finally the need to dedicate adequate care to patients with subjective symptoms is given, both to achieve their future well-being and to avoid unfortunate surprises due to not taking proper care of them.

Keywords: subjective symptoms; clinical method; semiology; anamnesis.

Recibido: 27/10/2023

Aceptado: 16/01/2004

Introducción

A los efectos de esta comunicación, se denominan “síntomas subjetivos” a los que refieren las personas –sobre todo adultos, aunque también “niños grandecitos” espontáneamente o al interrogatorio, en los que no se encuentran “signos objetivos” que los justifiquen después de realizarles un examen físico de calidad, lo que se complica más cuando tampoco se constatan resultados “anormales” en los exámenes complementarios que se les practican.

Debido a lo anterior, la calidad del interrogatorio, el examen físico practicado y las pruebas complementarias que se indican, requieren de un alto grado de maestría clínica para indicarlos y –si son necesarios- realizarlos adecuadamente, para después interpretarlos de modo correcto. Esto no siempre se valora así en la práctica clínica cotidiana, situación que puede causar, en alguna que otra ocasión, dificultades, errores y perjuicios para los pacientes e incluso para los médicos que los asisten.

Cuando es posible objetivarlos mediante algún dato obtenido por el examen físico repetido, o nuevas pruebas complementarias y confirmarlos de manera inobjetable, ya pasan a ser verdaderos “signos”, que pueden orientar con mayor claridad el camino para su solución y, de paso, aliviar la tensión de médicos, pacientes y allegados.

Aquí se comentan los aspectos que se consideran de mayor interés en enfermos que refieren síntomas subjetivos.

Características generales

Los síntomas subjetivos de los pacientes no siempre son bien comprendidos ni valorados por los médicos, ni por los cuidadores a cargo de personas enfermas (aunque tampoco, en ocasiones, por los propios aquejados). Lo anterior ocurre, especialmente, cuando esos síntomas o quejas se presentan solos y más si constituyen el motivo principal por el cual se reclama atención y cuidados, sobre todo en lugares de asistencia no urgente (consultas externas, domicilios), pero también es mucho más complicados y “presionante” en los departamentos de urgencias, donde se requieren decisiones ágiles y dinámicas. Y de eso se habla poco en la actualidad, donde, además, proliferan la “rapidación”, el pragmatismo y las

evidencias “todo tiene que ser comprobado, y ahora mismo” cuando, por si fuera poco, se constata que al parecer cada vez más, algunos “pacientes” distorsionan o simulan los síntomas con diversos fines.⁽¹⁾

Sin embargo, a pesar de todo, parece que la gran mayoría de los que se quejan de síntomas catalogados como subjetivos, ya sea de manera aguda o crónica con crisis reiterativas o de forma persistente, con mucha probabilidad los “sienten” realmente y se les debe prestar la máxima atención si se quiere cumplir con los objetivos humanitarios de nuestra profesión, de curar o aliviar.

Si estos síntomas se prolongan en el tiempo y no se encuentra “nada que los expliquen” por ejemplo: dolores, adinamia y otros, estos enfermos se rotulan con frecuencia como casos “funcionales” o “conflictivos” por diferentes motivos: ante todo porque no se ha llegado a un diagnóstico, aun cuando ellos han visitado a otros médicos o instituciones sin mejoría, o por la coexistencia de problemas psicológicos serios, dificultades laborales o educacionales, entre otras.

A mediados del siglo XX surgió “la era de la denominada Medicina Psicosomática”, que adquirió entonces alguna notoriedad sobre todo en países anglosajones, cuyo principal exponente fue el médico psicoanalista Franz Alexander que nació en Hungría, con una carrera profesional en Alemania y en Estados Unidos, la doctrina consideraba que ciertos “conflictos” originan muchos malestares subjetivos y, a través del sistema nervioso neurovegetativo, una irritación de determinados órganos que terminan afectando a la estructura de estos.⁽²⁾

Ante la presencia de muchos síntomas subjetivos es posible que hoy el facultativo al final de su evaluación le exprese al paciente: “Ud. está muy bien” y, si es un especialista, que añada: “Ud. no tiene nada de mi especialidad”. Sin embargo, he observado que los propios médicos, cuando nosotros mismos enfermamos y presentamos diversos síntomas subjetivos, entonces comprendemos mejor a los enfermos. En mi caso, me he dicho posteriormente: ¡caramba qué razón tenían mis pacientes cuando me referían con palabras, a veces abigarradas, síntomas cualitativos e imposibles de objetivar, que me comunicaban, para que los interpretarse tal cuales! y lo más bonito, que si alguna vez los he presentado, he tratado de comunicarlo a otros colegas más o menos con las mismas expresiones y ansiedad que ellos. De aquí surge la observación empírica de que “los médicos mejoramos en el trato con los enfermos después de superar una crisis personal de salud”.

El contexto

Hay que reconocer que a las ya conocidas determinantes sociales de la salud de las poblaciones y de los individuos, identificadas desde hace varias décadas “el contexto” que acompaña a cada persona, grupo o comunidad,⁽³⁾ cada vez se añaden otras “nuevas” actualmente, designadas como determinantes “comerciales” de la salud,⁽⁴⁾ como propagandas, modas, informaciones de todo tipo y por todas las vías, incluyendo Internet, las redes sociales, las *fake news* y otras, que debemos conocer y tener en cuenta también en estos casos.

El método clínico en enfermos con síntomas subjetivos

En el caso de los pacientes con síntomas subjetivos, cuando éstos son protagónicos en el cuadro clínico del enfermo y persisten en el tiempo, se debería emplear siempre un “escuchatorio de tercer grado”⁽⁵⁾ es decir, una anamnesis detallada y bien recogida, si es

necesario repetida, que cobra una importancia mayor en la búsqueda de pistas para el diagnóstico en estos casos y que, al mismo tiempo, favorece la catarsis del enfermo.

No debemos obviar los clásicos epígrafes de este paso del método clínico como precisar y valorar la edad, el sexo, la ocupación, su personalidad, el entorno familiar del enfermo, sus antecedentes patológicos personales y familiares, el interrogatorio que abarque los diferentes aparatos y sistemas, aspectos como estos que se han identificados muy bien por la escuela cubana de clínica.^(6,7,8,9,10,11)

Según el Dr. Daniel Flichtrentei en Argentina escribió hace unos años:

La formación médica a lo largo de las últimas décadas ha mostrado una progresiva tecnificación de las destrezas requeridas para el ejercicio profesional. Sin que esto implique en sí mismo un demérito, parece apropiado señalar que esta transformación implica al mismo tiempo un desplazamiento de las habilidades clínicas centradas en la palabra y la exploración física.

La instancia del diagnóstico se encuentra hoy fuertemente signada por la necesidad, cuando no por la obsesión, de objetivar mediante la cifra o la imagen la impresión inicial. La permanente tendencia a conjurar la incertidumbre a través de la objetivación aparece como una estrategia a la vez tranquilizadora e imbuida del estatuto de lo verdaderamente “científico”, en tanto queda materializada mediante la contundencia simbólica de algún estudio complementario.

No sería justo ignorar los impresionantes avances que la tecnología puesta al servicio de la salud ha permitido alcanzar. No se trata pues de responder al pensamiento binario que opone tecnología en relación médico paciente con una argumentación opuesta pero igualmente polar. No será la disyunción sino la articulación de las habilidades, la llave del verdadero progreso médico. La complejidad que reúne y no el reduccionismo que aísla deberá convertirse en la herramienta que garantice una medicina cada vez más cerca y no más alejada de la persona enferma.⁽¹²⁾

El progresivo proceso de “medicalización” de la sociedad⁽¹³⁾ y el modelo médico hegemónico nos contamina⁽¹⁴⁾ ahora más extendido que nunca, después de la pandemia de la COVID-19.⁽¹⁵⁾ Entonces uno se pregunta: ¿el método clínico “se fue a bolina”?

El doctor Miguel Ángel Moreno, entre nosotros, afirmaba: La medicina tiene aspectos que son transcientíficos, es decir, que están más allá de la ciencia y los requerimientos que no pueden ser aportados por los avances científicos, sino que tienen que ser incorporados en el “evento clínico” que es una relación-comunicación esencialmente personal entre el médico y su enfermo, sin quebrantar su orientación humana.

La clínica es una ciencia de individualidades, no de colectividades, como la epidemiología clínica y otras ciencias también muy importantes y necesarias que forman parte de la Medicina. El médico tiene que actuar ante sus pacientes como un sastre y hacerle a cada uno el traje a la medida, adaptándole desde la relación médico-paciente hasta el seguimiento. ¡Todo! Este no es solo otro principio del método clínico, sino también el arte en la medicina como la habilidad y el talento como se ejecuta la práctica médica individual, que no llegan a dominar, desafortunadamente, todos los médicos. El error de un gran número de médicos es que tratan a sus pacientes de manera no individualizada, impersonal, fría, viéndolos como una

enfermedad y no como enfermos, para la clínica quien está enfermo es el hombre, con toda su complejidad biológica, psicológica, social, cultural y espiritual.⁽¹⁶⁾

Paco Maglio ha escrito: La relación médico paciente se “tecnologiza” y se “despersonaliza”, por eso es alienante, desaparece el “otro” como persona.⁽⁵⁾

Los defensores de la llamada medicina narrativa, donde el “escuchatorio” es fundamental en la relación del médico-paciente, insisten básicamente en las “subjetividades dolientes” del paciente, más que en las “objetividades medibles”, esto es, lo que el enfermo siente qué es su enfermedad, la representación de su padecimiento, la experiencia social de lo vivido humano como enfermo.^(17,18) Volviendo a las fuentes de la medicina, uno de los aforismos de Hipócrates lo revela con claridad meridiana: “muchos enfermos se curan solamente con la satisfacción de un médico que los escucha” (se adelantó 2 500 años a Freud).

Dentro de una formación biologicista-positivista aprendimos, y muchas veces enseñamos, en la carrera a interrogar y no a escuchar. Con el interrogatorio estamos “al lado” del enfermo, pero con el “escuchatorio” estamos “del lado” del enfermo.⁽⁵⁾

Dos factores que se incluyen en este proceso de comunicación interpersonal y que hay que individualizar siempre en cada enfermo, son la personalidad del paciente y la del médico y las experiencias individuales previas de ambos.

Los síntomas subjetivos más frecuentes

El prurito, los vértigos, los mareos, las disestesias, el insomnio, la disnea, la inestabilidad, la astenia,⁽¹⁹⁾ están entre las quejas subjetivas más frecuentes. Sin embargo, parece que el dolor es uno de los más reiterados síntomas subjetivos, desde el muy dramático y no pocas veces “caprichoso” ocasionado por un infarto miocárdico agudo, hasta las algias de columna, migraña, neuralgias, tanto en los departamentos de urgencia como en las consultas ambulatorias, lo que también tiene connotaciones diferentes.

La semiografía del dolor es bien rica. Tan es así, que ha dado lugar incluso a la aparición de recursos mnemotécnicos entre nuestros estudiantes de medicina para tratar de abarcar la gama de sus principales características y así favorecer su mejor descripción a la hora de interrogar, después de escuchar al enfermo sobre los aspectos propios de su dolor y al confeccionar las historias clínicas, como el muy popular acrónimo de “ALICIA FREDUSA”, (aparición, localización, irradiación, carácter, intensidad, alivio o agravamiento, frecuencia, duración, síntomas acompañantes)⁽²⁰⁾

La aparición de otros síntomas subjetivos en la nueva época

En los últimos tiempos han emergido un grupo de nuevos síndromes ¿o entidades nosológicas?, con cuadros clínicos donde proliferan un conjunto de síntomas subjetivos referidos con predominio de la adinamia y de “manifestaciones psicológicas”, varios de estos muy asociados al contexto sociocultural “moderno” donde se presentan, entre los que se pueden citar: fatiga crónica,⁽²¹⁾ burnout,⁽²²⁾ fibromialgia⁽²³⁾ y, más recientemente, posCOVID-19.^(24,25) Todos productores de grandes “dolores de cabeza” para los médicos que asisten a estos pacientes.

Por otra parte, también se han descrito nuevos cuadros clínicos que se añaden a otros ya conocidos potencialmente graves, que cursan con síntomas subjetivos transitorios o incluso asintomáticos, que requieren de una alta pericia en el interrogatorio para su sospecha y posterior confirmación mediante estudios complementarios específicos, como el

electrocardiograma, el electroencefalograma y otros aún más especializados como el síndrome de Brugada,⁽²⁶⁾ diversas variantes de la epilepsia.⁽²⁷⁾

Como se evidencia, el diagnóstico sigue siendo central en el trabajo del médico hoy, también en el caso de los síntomas subjetivos. Es la precondition de la prevención y del tratamiento eficaz y la base de la confianza entre médico y paciente.⁽²⁸⁾

Algunos consejos y recomendaciones

A propósito de la entrevista en el caso de los enfermos con síntomas predominantemente subjetivos, se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:⁽²⁰⁾

- _ Crear un clima afectivo propicio para la relación médico-paciente mediante un trato amable, cortés y respetuoso.
- _ Considerar las exigencias técnicas establecidas para una correcta entrevista médica y examen físico (privacidad, atención, uso del lenguaje).
- _ Establecer una comunicación asertiva que permita la empatía, la aceptación, la confianza, mostrar interés por el relato de las quejas, calmar la razonable ansiedad del enfermo con su carga de *stress*.
- _ Utilizar la lógica del método clínico en el paciente, con énfasis en la valoración físicobiológica, sin olvidar la psicológica, cultural y espiritual.
- _ Tener en cuenta, en nuestros días, el contexto en sentido amplio, las tradiciones, la utilización racional de las tecnologías como la Internet y las tecnologías de la información y la comunicación (TIC).

Para escuchar e interrogar bien hay que tener, además, sólidos conocimientos de las patologías médicas y quirúrgicas, a la vez que conocer algunas reglas y preceptos del arte en la anamnesis que, según Moreno, constituyen una especie de decálogo:⁽⁸⁾

- _ Dejar al enfermo expresarse libremente y solo después dirigir el interrogatorio, comprensible y pertinente.
- _ Definir todos los síntomas y signos de la enfermedad.
- _ Obtener la mayor semiografía posible de éstos.
- _ Ordenarlos cronológicamente (cronopatograma), precisando en el tiempo los hitos fundamentales.
- _ Determinar las condiciones de aparición del padecimiento.
- _ Precisar la duración total del cuadro clínico.
- _ Especificar las consultas médicas, análisis y tratamientos recibidos.
- _ Conocer a qué atribuye el enfermo sus molestias.
- _ Relación que existe del cuadro clínico con funciones fisiológicas.
- _ Relación del cuadro clínico con actividades, hábitos, situaciones afectivas y socio-familiares.

Comentario final

En resumen, no dejemos de prestar adecuada atención a los síntomas subjetivos de los enfermos, ellos la necesitan, ni tampoco precipitarnos en descartar organicidad como causa de los mismos. La siempre aconsejada “continuidad de la atención”, o seguimiento evolutivo de

los pacientes, son factores que no se deben descuidar. Así evitaremos asistir, en no pocas ocasiones, a lamentables sorpresas y deslices, tanto para los enfermos como para los médicos, por no prestarles el debido cuidado, en tiempos de medicina personalizada o de precisión,⁽²⁹⁾ y de la inteligencia artificial.⁽³⁰⁾

Referencias bibliográficas

1. Espinosa A, Figueiras B, Mendilahaxón JB, Espinosa AA. Síndrome de Munchausen. Un reto para el clínico. Rev Cuban Med. 2000 [acceso 08/02/2023];39(4):228-37. Disponible en: <https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sciarttext&pid=S0034-75232000000400005>
2. Franz Alexander. La Era Psicosomática en Medicina. Rev Arg Psiquiat 2002 [acceso 08/02/2023];13:59-65. Disponible en: <https://www.alsf-chile.org/Indepsi/Articulos-Clinicos/El-Enfoque-Psicosomatico-en-Medicina.pdf>
3. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Lograr la equidad en salud: desde las causas iniciales a los resultados justos, declaración provisional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2007. [acceso 08/02/2023]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/interim_statement_spa.pdf
4. Salisbury H. The commercial determinants of health. BMJ 2022;378:o1704. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o1704>
5. Maglio F. El “escuchatorio” en la relación médico-paciente. Transdisciplinary Cardiology Forum Argentine Federation of Cardiology. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=74516>
6. Llanio Navarro R. Propedéutica clínica y fisiopatología. Tomo I. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1983.
7. Ilizástigui Dupuy, Rodríguez Rivera L. Suplemento El Método Clínico. Medisur. 2010 [acceso 08/02/2023];8(5):2-7. Suplemento El Método Clínico. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311>
8. Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia en la anamnesis. Medisur. 2010 [acceso 08/02/2023];8(5):28-32. Suplemento El Método Clínico. Medisur. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1314/353>
9. Corona Martínez LA, Espinosa Brito AD, Iglesias León M, Fonseca Hernández M. Toma de decisiones en la asistencia médica y su enseñanza-aprendizaje a través del método clínico. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2019. 103 p.
10. González Menéndez RA. Los matices del método clínico en psiquiatría. Medisur. 2010 [acceso 08/02/2023];8(5):160-83. Suplemento El Método Clínico. Medisur. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1369/301>
11. Romero Cabrera AJ, Espinosa Brito AD. El método clínico en Geriátrica. Suplemento El Método Clínico. Medisur. 2010 [acceso 08/02/2023];8(5):164-8. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1335/6086>
12. Flichtentrei. D. Desnudos. Foro de Educación Continua en Cardiología. Federación Argentina de Cardiología - SCOB – CETIFAC. Cardiología Transdisciplinaria. 2003 [acceso 08/02/2023]. Disponible en: www.fac.org.ar/fec/foros/cardtran

13. Ilich I. *Némesis Médica*. México DF: Ed. Joaquín Mortiz, S.A. 1978 [acceso 08/02/2023]:367 p. Disponible en: www.ivanilich.org/Nonemes1.htm
14. Espinosa Brito A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico. *Rev Cuban Salud Pública*. 2013 [acceso 08/02/2023];39(1). Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol39_1_13/spu01113.htm
15. Maskell G. Scan first, ask questions later? *BMJ*. 2022;378:o2052 DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.o2052>
16. Moreno Rodríguez MA. El método clínico, las “buenas prácticas clínicas” y el profesionalismo médico. Suplemento *El Método Clínico*. Medisur. 2010 [acceso 08/02/2023];8(5): 64-70. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1323>
17. Espinosa-Brito A. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. *Medisur*. 2015 [acceso 22/12/2015];13(6):4. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3149>
18. Launer J. Evolutionary and narrative medicine: are they compatible? *Postgrad Med J*. 2021;97:271-2. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2021-139919>
19. Cárdenas García S. Astenia. Síntoma común frecuentemente olvidado. Estudio de 25 casos. *Rev Cuban Med*. 1973;12(2):187-93.
20. Ojeda González JJ. Formación de la habilidad tratar integralmente el dolor en el médico general. [Tesis doctoral]. Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, 2020.
21. Unger E. Chronic Fatigue Syndrome: It's Real, and We Can Do Better – Medscape. 2019 [acceso 15/02/2023]:2. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/908622?nlid=128329_2049&src=WNL_mdplsnews_190301_mscpedit_imed&uac=228054CZ&spon=18&impID=1898121&faf=1
22. Topol EJ, Verghese A, Pearl R. To End Burnout, Doctors Must Change the Culture of Medicine – Medscape. 2021 [acceso 15/02/2023]:10. Disponible en: https://www.medscape.com/viewarticle/953633?src=WNL_mdpls_210713_mscpedit_imed&uac=228054CZ&spon=18&impID=3502399&faf=1
23. Arnold LM, Bennett RM, Crofford LJ, Dean LE, Clauw DJ, Goldenberg DL, *et al*. AAPT Diagnostic Criteria for Fibromyalgia. *The Journal of Pain*. 2019 [acceso 15/02/2023];20(6):611-28 Disponible en: [https://www.jpain.org/article/S1526-5900\(18\)30832-0/pdf](https://www.jpain.org/article/S1526-5900(18)30832-0/pdf)
24. Espinosa-Brito A. A propósito de la definición clínica oficial de la enfermedad pos-COVID-19 por la OMS. *Medisur*. 2022 [acceso 15/02/2023];20(1):7. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5337>
25. Newman M. Chronic fatigue syndrome and long COVID: moving beyond the controversy. *BMJ*. 2021;373:n1559. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n1559>
26. Benito B, Brugada J, Brugada R, Brugada P. Síndrome de Brugada. *Rev Esp Cardiol*. 2009;62(11):1297-315. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0300-8932\(09\)73082-9](https://doi.org/10.1016/S0300-8932(09)73082-9)
27. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE. Clasificación operacional de los tipos de crisis por la Liga Internacional contra la Epilepsia: Documento - Posición de la Comisión para Clasificación y Terminología de la ILAE. *Epilepsia*. 2017;58(4):522-30. DOI: <https://doi.org/10.1111/epi.13670>

28. Clark BW, Derakhshan A, Desai SB. Diagnostic Errors and the Bedside Clinical Examination. *Med Clin North Am.* 2018;102:453-64 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.12.007>
29. Espinosa-Brito A. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. *Medisur.* 2015 [acceso 22/12/2015];13(6):4. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3149>
30. Beam AL, Drazen JM, Kohane IS, Leong TY, Manrai AK, Rubin EJ. Artificial Intelligence in Medicine. *New Engl J Med.* 2023;388(13):1201-08. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra2302038>

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses