

## Los criterios diagnósticos en la práctica clínica

### The diagnostic criteria in clinical practice

#### Alfredo Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular. Hospital Universitario "Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos. Cuba.

---

#### Enfermos y enfermedades

Desde mis años de estudiante en la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana, me dijeron "no hay enfermedades, sino enfermos" (Letamendi); y luego aprendí también que "es mejor saber qué persona padece la enfermedad, que qué enfermedad padece la persona" (Osler). Sin embargo, no ha sido sino a través de más de 40 años de ejercicio profesional que he comprendido cada vez mejor el significado y la vigencia que tienen y tendrán estas frases.

Con *Thomas Sydenham* en Inglaterra, comenzó el concepto más definido de enfermedad como «especie morbosa», y se inició la moderna nosografía y el diagnóstico diferencial de todas las enfermedades consideradas en un paciente. Su interés se centró en qué eran las enfermedades, y para ello consideró necesaria la observación clínica desde la aparición de los síntomas hasta su desaparición, es decir, el conocimiento del curso natural de la enfermedad.<sup>1</sup> Al aceptar la existencia de entidades morbosas, había que reconocer qué síntomas eran propios de tales, y qué síntomas eran atribuibles a peculiaridades del individuo enfermo, pero para lograr tal propósito había que ser muy buen observador, muy buen clínico. Así nació el concepto ontológico de enfermedad como entidad morbosa abstraída de la observación real de los pacientes. Entidades, por lo tanto, que pueden estudiarse en los libros (hoy en los videos, en los CDs, etc.), y la importancia de reconocerlas ofrece la posibilidad de mejorar el tratamiento, en lo posible, con uno más específico.

Cuando, tratando de llamar la atención de los jóvenes estudiantes de medicina, les he planteado que "las enfermedades no existen, sino que son producto de la imaginación del hombre", realmente he intentado expresarles mi modo de ver este

asunto hoy. Y es que el afán de sistematización de los conocimientos que nos ha acompañado en todos los campos del saber humano, a partir del siglo XIX ("siglo de las luces" para la clínica), nos ha hecho que, en muchas ocasiones, "adoremos a ídolos" contruidos por nosotros mismos. Como nos recuerda a menudo el colega y amigo profesor *Moreno Rodríguez*, ya *Marx* planteó, hace mucho tiempo, que el hombre es el único ser que crea fetiches y luego se arrodilla ante ellos.<sup>2</sup> Entre esos fetiches, están las enfermedades o "entidades nosológicas", importante "constructo" del pensamiento humano en el campo de las ciencias médicas, valioso auxiliar de la enseñanza de la clínica, pero que no podemos absolutizar ni esquematizar, y menos, permitir que limite el juicio clínico de nuestros médicos.

Hace unos años el profesor *Rodríguez Rivera* escribía un artículo en el que trataba sobre un paradigma que se ha impuesto sutilmente a través de los años —fruto de un pensamiento con marcada influencia positivista— que plantea que cada vez que un enfermo consulta a un médico o ingresa en un centro hospitalario, debe salir con el diagnóstico de una (o más) entidad(es) nosológica(s).<sup>3</sup> En algunas instituciones he escuchado, con asombro, decir que ningún enfermo se puede ir de alta sin concretar el diagnóstico de "algo" definido, lo que, a veces, me ha parecido una actividad similar al juego de tratar de ensartar anillas o argollas en diferentes postes, entretenimiento que realizan en algunas ferias, o sencillamente rotular y encasillar un diagnóstico, especialmente cuando hay malestares que "no clasifican" para enfermedades conocidas, por referirse a síntomas psicósomáticos aislados, molestias vagas o transitorias. También sucede en ocasiones "que hemos llegado muy temprano para hacer diagnóstico...", y hay que dejar que el morbo evolucione (sin que esto signifique bajemos la guardia para hacer el diagnóstico precoz de enfermedades incipientes).<sup>4</sup>

*Lolas* hace una "clasificación" muy original de los problemas de salud que aquejan a las personas, incluyendo la necesidad de atención que tiene cada grupo.<sup>5</sup> Como veremos, no todos llenan los requisitos de una entidad nosológica:

- Catastróficos y súbitos (por ejemplo, infarto agudo del miocardio, enfermedades cerebrovasculares, abdomen agudo, politraumas, etcétera).

- Amenazan la vida.

- Los factores sociales desaparecen, al menos transitoriamente, porque la persona peligra.

- Total dependencia de expertos.

- Movilizan recursos para su solución.

- 

Agudos (por ejemplo, enfermedades infecciosas agudas y crisis agudas de enfermedades crónicas)

- Presentación inesperada, interrumpen la vida normal.

- Amenazan la capacidad para las tareas habituales.

- Requieren conocimientos de expertos.

- Necesitan del uso de los servicios de salud.
- Crónicos (por ejemplo, enfermedades crónicas no transmisibles, discapacidades y "padecimientos")
- Globalidad e irreversibilidad
- .
- No se puede aspirar a curarlos, sí rehabilitarlos, ¿sin esperanzas?
- Proceso de adaptación.
- Involucran todas las esferas de la vida.
- Se comparten conocimientos con expertos.
- Se comparte responsabilidad.

-

Cotidianos (por ejemplo, cefalea banal, ansiedad reactiva, "salpullido", empacho, constipación, gases de los niños, pisetón, arañazo de gato)

- Los de "todos los días".
- Dependen de la posición social.
- Relaciones inexistentes con los expertos.
- El qué hacer depende de los consejos de un amigo, un vecino o la abuela.

A propósito de la ayuda que nos puede prestar el seguimiento de la evolución de nuestros pacientes, hace años recibí un consejo muy valioso, que me ofreció el doctor *Hatuey Pita*, cuando compartíamos guardias en el Hospital Nacional "Enrique Cabrera" (él de residente de medicina interna, y yo de interno): "el tiempo es el mejor aliado del médico... siempre que se sepa aprovechar bien".

Hace ya también algunos años, aprendí, de una muy buena profesora, en un curso de pedagogía, que hay varias formas de asimilar nuevos conocimientos, sobre todo, cuando se trata de temas complejos:

a) Un grupo de conocimientos que van apareciendo reemplazan a otros, que se vuelven obsoletos, y, por tanto, al aprender los nuevos, ese espacio se ocupa con ellos y ya no hay necesidad de recordar los anteriores, que se deben ir borrando. Por ejemplo, la identificación del papel del *Helicobacter pylori* en la etiopatogenia de la úlcera péptica.

b) El progreso hace que se integren conocimientos que parecían dispersos y esto facilita su comprensión. Un caso típico en medicina fue la conceptualización por *Klemperer* de las enfermedades del colágeno, al reunir bajo esta denominación a un grupo de afecciones que parecían muy disímiles y que tienen mecanismos de producción muy relacionados.

c) "Amansamiento", o, en otras palabras, estudio, estudio y más estudio, de nuevos conocimientos complejos, que al inicio son de difícil comprensión, pero con el tiempo y el esfuerzo, se van asimilando. Como ejemplos: los complejos mecanismos patogénicos que se invocan actualmente en las enfermedades inmunológicas.

Pero volviendo al tema de la enfermedad y los enfermos, si enfocamos el asunto desde el punto de vista filosófico, pudiéramos decir que estamos frente a un par dialéctico contradictorio: de lo general (la enfermedad) y lo particular/singular (el enfermo), o de lo abstracto (la enfermedad) y lo concreto (el enfermo), o de la esencia (la enfermedad) y el fenómeno (el enfermo). Todo esto desde el punto de vista intelectual está bien, pero el asunto práctico es que en la medicina clínica tratamos personas individuales, con características propias e irrepetibles, incluso que se comportan de manera distinta en diferentes lugares y épocas, es decir, con lo particular/singular, lo concreto y lo fenoménico. Y se añaden otras contradicciones, no menos importantes: lo que se hereda y lo que se adquiere, lo biológico y lo social.

### **Los criterios diagnósticos**

El diagnóstico es el punto focal en la atención de un paciente. Con el diagnóstico le damos nombre al malestar del enfermo, el pensamiento retrocede cronológicamente y decide acerca de su patogenia y etiología; por el diagnóstico el pensamiento se proyecta hacia delante, preside el pronóstico y escoge la terapéutica.<sup>6</sup>

Sin embargo, el asunto de las enfermedades se ha complicado más desde que aparecieron los criterios diagnósticos, así como con el incremento de los estudios epidemiológicos en poblaciones o grupos y la pretendida aspiración de aplicar sus resultados a todos los enfermos.

También por la influencia del positivismo, nos acostumbramos a tratar de indagar sobre la existencia de "síntomas o signos patognomónicos" y a hacer "diagnósticos de certeza", así como buscar lo que hoy se denomina como "patrón del oro" (*gold standard*) para probar nuestras hipótesis, es decir, inquirir, a toda costa, acerca de aquellas evidencias que apoyan o ratifican nuestro diagnóstico presuntivo.

En auxilio de todos estos planteamientos, y con la pretendida intención de uniformar el lenguaje y la taxonomía que emplean los médicos, aparecieron los criterios diagnósticos de las enfermedades. Al parecer los primeros, ampliamente divulgados, fueron los famosos criterios mayores y menores de la fiebre reumática, que sugirió Jones en 1944 y que se han mantenido con muy pocas variaciones hasta nuestros días.<sup>7</sup> Se basan en que, como no existe ninguna prueba diagnóstica segura de la enfermedad, estos resultan útiles con el objetivo de enmarcar a los pacientes como probables candidatos a este diagnóstico. Los síntomas y signos clínicos, más los hallazgos paraclínicos, que se incluyen en estos criterios, no son específicos, y se pueden observar en diversas afecciones, pero resultan útiles si se analizan en conjunto. Sin embargo, coincidimos con el último texto de Roca, cuando plantea que los criterios de Jones no resultan un dogma ni constituyen una fórmula matemática rígida en el diagnóstico de la fiebre reumática, por encima de ellos están la experiencia y el buen juicio clínico del médico. En fin, que estos criterios no tienen otro objetivo que proporcionar una orientación diagnóstica,<sup>8</sup> pero ¿esto es lo que observamos en la práctica? ([tabla 1](#)).

**Tabla 1.** Criterios de Jones para la fiebre reumática (modificados por la *American Heart Association*, 1992)

Criterios mayores	Criterios menores
Carditis	Fiebre
Poliartritis	Artralgias
Corea	Eritrosedimentación acelerada o proteína C reactiva presente
Nódulos subcutáneos	P-R prolongado en el electrocardiograma
Eritema marginado	
El diagnóstico se basa en la presencia de 2 criterios mayores, o 1 mayor y 2 menores, exceptuando las artralgias cuando la artritis está presente	

En un intento por construir un pretendido "esperanto de diagnósticos", son muchos los criterios que han aparecido en la literatura médica, en particular en "áreas polémicas" del conocimiento, cuando se desconocen piezas importantes de la cadena que lleva al diagnóstico, o cuando se requiere una mayor certidumbre para elaborar un pronóstico, sobre todo, para tomar decisiones relacionadas con conductas terapéuticas riesgosas.

A continuación se expone el ejemplo del lupus eritematoso diseminado o sistémico (LED), y se exponen 2 criterios parecidos, pero no iguales, situación no infrecuente en nuestros días<sup>9</sup> ([tablas 2 y 3](#)).

**Tabla 2.** Criterios diagnósticos en LED

A. Signos mayores	B. Signos menores
Células LE, anticuerpos antinucleares o ambos	Leucopenia < 4000 x mm <sup>3</sup>
Manifestaciones articulares	Trombocitopenia <100 000 x mm <sup>3</sup>
Lesiones cutáneas típicas	Anemia hemolítica (Coombs positivo)
Nefropatía	Reacción serológica de sífilis falsa positiva
Serositis, pleuritis, pericarditis, o ambas	Fenómeno de Raynaud
	Manifestaciones inexplicables del sistema nervioso central
Las asociaciones de 3 signos mayores, o de 2 signos mayores y 3 menores, son muy sugestivas de LED	

**Tabla 3.** Criterios diagnósticos en LED

Eritema malar	Leucopenia $<4\ 000 \times \text{mm}^3$
Rash discoide	Linfopenia $<1\ 500 \times \text{mm}^3$
Fotosensibilidad	Anemia hemolítica o trombocitopenia $<100\ 000 \times \text{mm}^3$
Úlceras orales	Enfermedad neurológica
Artritis	Anticuerpos antinucleares con título elevado
Serositis	Anticuerpo anti-ADN, anticuerpo anti-SM o evidencia de anticuerpo antifosfolípido (en uno de varios ensayos)
Nefropatía	
El <i>American College of Rheumatology</i> plantea que para establecer el diagnóstico de LED, deben estar presentes 4 elementos, aunque a veces es necesario que pasen varios años para que un paciente cumpla los requisitos para ser clasificado como enfermo de LED	

*Bonita, Beaglehole y Kjellström* plantean que, en epidemiología, las definiciones de caso deben ser claramente enunciadas y fáciles de aplicar, por diferentes personas, de una manera uniforme en una amplia variedad de circunstancias. Una definición clara y concisa de qué debe considerarse un "caso", garantiza que la misma entidad sea cuantificada en diferentes grupos o diferentes individuos de igual manera. Mientras, afirman, que las definiciones de caso en la práctica clínica son menos rígidas en especificaciones y a menudo están influidas por el juicio clínico. Esto — dicen— es en parte debido a que, a menudo, es necesario esperar el resultado de una serie de exámenes complementarios, antes de confirmar un diagnóstico.<sup>10</sup>

Los criterios diagnósticos pueden cambiar muy rápidamente, según aparecen nuevos conocimientos o mejoran las técnicas auxiliares. También pueden variarse de acuerdo con el contexto en el que se utilizan. Por ejemplo, los criterios diagnósticos originales del infarto agudo del miocardio aceptados por la OMS para estudios epidemiológicos, se modificaron cuando se introdujo en la década de los 80 del pasado siglo un método más objetivo de evaluación de los electrocardiogramas (el Código de Minnesota). Posteriormente, se volvieron a modificar en los años 90, cuando fue posible medir con mayor precisión las enzimas cardíacas.<sup>10</sup>

Hay otros casos, aparentemente menos complejos, porque los criterios diagnósticos se han basado principalmente en datos cuantitativos más concretos, como por ejemplo, la diabetes mellitus y las cifras de glicemia; o la hipertensión arterial y las cifras de presión arterial, las dislipidemias y la medición de las diferentes fracciones lipídicas en el suero. Pero todos, sin excepción, son susceptibles —y de hecho lo han sido y a veces de manera muy polémica— a cambios periódicos sustanciales en los criterios diagnósticos, originados por las causas ya referidas. Además, la barrera entre lo normal y lo patológico es siempre artificial —como todas las dicotomías simplistas que apliquemos al complejo proceso de salud/enfermedad del ser humano— y, en muchas ocasiones, se presentan variaciones pequeñas en una misma persona, que hacen que esta esté "saltando", unas veces de un lado y otras del otro, de una línea divisoria imaginaria entre lo normal y lo patológico. En este sentido, los que se encuentran en los extremos de la curva de distribución de los sujetos, según sus cifras (de presión arterial, glicemia, lípidos, etc.), son muy fáciles de identificar. Es decir, en un extremo estarán los que siempre tienen valores normales o por debajo de ellos, que se identificarán como "sanos", y en el otro, los que siempre muestran valores excesivamente altos, que se clasificarán como "casos o enfermos". Sin embargo, los que presentan valores "normales altos" o ligeramente elevados, constituyen el quebradero de cabeza para los médicos que los asisten, por las implicaciones éticas de "rotular" al paciente con un diagnóstico

inadecuado, ya sea por exceso o por defecto —que, en ocasiones, se puede arrastrar de por vida— y por la necesidad o no de determinado régimen terapéutico que, en buena ley, se considera debe seguirse.

Por otra parte, un criterio diagnóstico será más sensible, mientras más casos detecte, aun a riesgo de incluir falsos positivos (catalogar como enfermos a los que no lo son), y más específico, con mayor probabilidad de falsos negativos, es decir, dejar fuera enfermos reales, pero que no cumplen todos los requisitos. A la hora de proponer criterios, hay que considerar bien los propósitos que persiguen los que los enuncian y los que los aplican, incluyendo, además de los científicos técnicos, los éticos y los económicos. Sin embargo, el mejor indicador para conocer cuán beneficioso es un criterio diagnóstico —siempre que todo el proceso esté en orden— es el cálculo del valor predictivo positivo.

Veamos a continuación algunos comentarios en torno a los criterios de hipertensión arterial, para que se tenga una idea de la verdadera complejidad de este aspecto y los desacuerdos que provoca:

Hace sólo algunos años, en la 17<sup>a</sup> Conferencia Internacional de la Liga Mundial de Lucha contra la Hipertensión, celebrada en Montreal, Canadá, en 1997, donde participaban expertos en representación de 27 Sociedades Científicas Nacionales de Hipertensión Arterial de un número similar de países, se conoció que, en aquella época, 14 seguían el criterio de hipertensión arterial (más sensible, pero con mayores posibilidades de incluir un número elevado de falsos positivos) de los V y VI Informes del *Joint National Committee* (JNC) de hipertensión arterial en los Estados Unidos, publicados en la década de los 90, de fijar como cifras límites o barrera imaginaria, para considerar a un paciente con HTA, las cifras <sup>3</sup> 140/90 mm; <sup>11,12</sup> mientras, las otras 13 sociedades, aceptaban las cifras <sup>3</sup> 160/95 mm Hg (criterio más específico, pero con mayores posibilidades de incluir un número elevado de falsos negativos).<sup>13</sup> Esta última línea divisoria primó universalmente en la segunda mitad de los años 70 y en los 80 en muchos países europeos. Como se observa, el criterio de <sup>3</sup> 140/90 prevaleció por un solo voto en la mencionada reunión de expertos, pero sabemos que este no es un asunto de democracia, sino de conceptualización. En nuestro país, en el primer Programa Nacional de Hipertensión Arterial de 1975, se adoptaron las cifras de <sup>3</sup>160/95 mm.<sup>14</sup> En las Guías del Proyecto Global de Cienfuegos se aceptaron las cifras de 140/90,<sup>15</sup> el Programa Nacional de Hipertensión Arterial de Cuba, en 1998, adoptó prácticamente los criterios del JNC, con ligeras modificaciones,<sup>16</sup> al igual que la Guía Cubana para la Atención Médica de la Hipertensión Arterial.<sup>17</sup>

Los conceptos de prehipertensos y prediabéticos han estado presentes de manera variable en los criterios de estos 2 importantes diagnósticos desde hace más de 40 años. Así, en las universidades hemos evaluado de bien o mal a los estudiantes, residentes, etc. de diferente manera en distintos períodos, dependiendo de los criterios que se tengan en cada momento. Esto ratifica la validez de aquella frase: "La verdad de hoy es la mentira de mañana", o el pensamiento de *Ortega y Gasset*: "Cuando enseñes algo, al mismo tiempo enseña a dudar de ello".

Como se ha visto, una persona puede, por ejemplo, haber sido clasificada y tratada como hipertensa o no, incluso por el mismo médico, en dependencia de la época y lugar en que se ha atendido y de los diferentes criterios que se han adoptado para definir la hipertensión en cada contexto.

Se supone que los criterios diagnósticos, se basan en investigaciones de grandes series de casos, que deben modificarse en el tiempo, según los conocimientos, las

evidencias y las opiniones predominantes, disponibles en cada momento y lugar. Por tanto, debemos estar preparados para evaluar flexible y adecuadamente los cambios de criterios que se han producido y pueden producir, tanto en las poblaciones como en los individuos, entre lo que hemos considerado como "normalidad" y "anormalidad".

Pero, indiscutiblemente, todos estos tratamientos van en busca de la verdad, o sea, son caminos verificacionistas, a punto de partida de hechos y experiencias. Sin embargo, en los últimos tiempos, sobre todo a partir de la influencia de *Karl Popper*, se va abriendo paso una corriente que plantea que el verdadero fundamento científico de la clínica es tratar de disminuir la incertidumbre del médico frente a un problema de salud individual dado, y refutar, hasta donde sea posible, la hipótesis planteada como diagnóstico presuntivo. Este planteamiento metodológico sería la cuestión al revés. Más que un camino hacia la verdad, la clínica buscaría un camino hacia la menor probabilidad de error. Este cambio a aceptar la clínica —con todas las de la ley— como ciencia probabilística, y no de verdades, es un giro importante del pensamiento científico, lamentablemente aún poco difundido, comprendido y aceptado.<sup>18</sup>

Pero todavía estos son criterios muy generales y basados muchas veces en casos típicos y en condiciones casi de laboratorio o de academia, y no los corrientes a los que nos enfrentamos en la práctica clínica diaria. Con mucha frecuencia observamos en la práctica, que algunas de las secuelas o complicaciones de enfermedades —como la hipertensión y la diabetes— que son definidas por variables cuantitativas aparentemente precisas, exactas y confiables (la presión arterial y la glicemia) se les anticipan en su aparición en el tiempo. Tal parece ser que la hipertensión y la diabetes son de esas infrecuentes situaciones en las que el futuro produce consecuencias en el presente. Por lo tanto, estas enfermedades contradicen la flecha del tiempo a menudo, por lo que las variables que las definen como tales, son variables secundarias, y existe, entonces, un problema serio de definición, que contradice toda lógica.<sup>19</sup> Y es que hipertensión es mucho más que cifras de presión alta, y el concepto de diabetes también desborda el simple hecho de tener la glicemia elevada. Sin embargo, estamos atrapados en este pensamiento esquemático, que sigue divulgándose como único.

### **Comentario final**

¿Cómo diagnosticar y tratar como persona a alguien que viene a pedirnos ayuda, si no le escuchamos (no basta con oírlo), además de su historia clínica o la historia de su vida, si no conocemos su desarrollo, convicciones, metas, valores, en fin, su proyecto de vida y las condiciones con que cuenta para poder llevarlo a cabo?

No me imagino una consulta con una planilla con los criterios diagnósticos de una entidad, y el médico haciendo un *check list*, para ver si cumple o no los criterios. A veces el dilema es que no los cumple, pero el enfermo se siente mal, entonces ¿qué hacer?

Finalmente, ¿qué es lo que los médicos ofrecen (y siempre deberán ofrecer) que no puede ser brindado por otros profesionales de la salud? Y la respuesta es: diagnóstico, diagnóstico, diagnóstico. Un enfermero pudiera transplantar un corazón un día, un técnico anestesiar a un paciente, o un farmacéutico controlar un tratamiento medicamentoso complejo; pero siempre se necesitarán médicos para que hagan diagnósticos.<sup>20,21</sup> Considero que esta aseveración es crucial, por tanto, el reto persistirá siempre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ilizástigui F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super. 2000;14(2):109-27.
2. Moreno MA. Conferencia sobre la clínica del futuro. Por los Caminos de la Salud. Cienfuegos, Noviembre 2005 **(pasar al texto)**
3. Rodríguez Rivera L. La entidad nosológica: ¿un paradigma? Rev Cubana Adm Salud. 1982;8:253-68.
4. Kirsner JB. Simposio sobre diagnóstico de enfermedad incipiente. Prefacio. México DF: Interamericana. Clin Med N Amer (edición en español) Ene. 1960:1-3.
5. Lolas F. Las transformaciones de la medicina: modelo farmacéutico y ciencias sociales. En: Lolas F, Florenzano R, Gyarmati G, Trejo C. Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas latinoamericanas. Santiago de Chile: Ed. Universitaria; 1992.p.21-9.
6. Batule M. La taxonomía médica y la confusión crucial entre patología, enfermedad y sufrimiento en la medicina clínica. Bol Ateneo Juan César García. 1996;4(1-2):79-86.
7. American Heart Association Committee of Rheumatic Fever, Endocarditis and Kawasaki Disease of the Council of Cardiovascular Disease; 1992.
8. Roca R, Paz E, Losada JL, Serret B, Llamas N, Toirac E, et al. Fiebre Reumática. En: Temas de Medicina Interna. 4ta. ed. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p.359-64.
9. Roca R, Paz E, Losada JL, Serret B, Llamas N, Toirac E, et al. Lupus Eritematoso Diseminado. En: Temas de Medicina Interna. 4ta. ed. Tomo III. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.p.127-34.
10. Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Measuring health and disease. En: Basic Epidemiology. 2nd. ed. Geneva: World Health Organization; 2006:15-38.
11. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med. 1993;153:154-83.
12. Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNV VI). Bethesda: National Institutes of Health, Nov 1997. NIH Publication No. 98:4080.
13. Padwal R, Straus SE, McAlister FA. Cardiovascular risk factors and their effects on the decision to treat hypertension: evidence based review. BMJ. 2001;322:977-80.

14. Macías I. Modelo experimental de un programa de salud nacional para la atención integral del paciente con hipertensión arterial. Rev Cubana Med. 1975;4(1): 7-64.
15. Espinosa A, Padrón LM, Ordúñez PO, Álvarez O, González E, Pino R, et al. Guías y procedimientos para la prevención y atención médica de marcadores de riesgo y enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Finlay. 1994;8(1): 19-32.
16. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 1998.
17. Pérez Caballero D, Cordiés Jackson L, Vázquez Vigoa A, Serrano Verdura C. Programa y Comisión Nacional Asesora para la Hipertensión Arterial del MINSAP. Guía para la atención médica. Octubre de 2004. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/doc/guia\\_cubana\\_de\\_tratamiento\\_para\\_la\\_hipertension\\_arterial\\_.doc](http://www.sld.cu/galerias/doc/guia_cubana_de_tratamiento_para_la_hipertension_arterial_.doc) Consultado 30 de Mayo de 2009.
18. Espinosa AD. ¿Epidemiología clínica o epidemiología para clínicos? Archivos del Ateneo Juan César García. 2000;1:64-71.
19. Flichtentrei D. Sócrates y yo: la diabetes. Médicos y filósofos ¿Hay un diálogo posible? Disponible en: <http://fac.org.ar/mailman/listinfo/cardtran> Consultado 26 de Agosto de 2008.
20. Moreno MA. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. Principios seculares y problemas actuales. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001.
21. Diagnosis, diagnosis, diagnosis. Editor's choice. BMJ. 2002;324 (2 March). Disponible en: [www.bmj.com](http://www.bmj.com) Consultado 11 de Agosto de 2007.

Recibido: 23 de julio de 2009.

Aprobado: 3 de agosto de 2009.

Dr. *Alfredo Espinosa Brito*. Hospital Universitario "Gustavo Aldereguía Lima". Correo electrónico: [espinosa@gal.sld.cu](mailto:espinosa@gal.sld.cu)