

Deficiencias en la aplicación del método clínico para la clasificación de las neumonías adquiridas en la comunidad

Deficiencies in the use of the clinical method for the classification of pneumonias acquired in the community

MsC. Armando Ernesto Pérez Cala, MsC. Edgar Benítez Sánchez, MsC. María Viamonte Tapia, MsC. Eulises Guerra Cepena y MsC. Andrés Chang Fong

Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y longitudinal de 62 pacientes con neumonías extrahospitalarias, ingresados en el Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, de enero a abril del 2014, con vistas a identificar las deficiencias en la aplicación del método clínico para una adecuada clasificación de dichas neumonías. Los resultados mostraron dificultades en las etapas del método clínico, así como una menor frecuencia de la descripción de los síntomas: fiebres y escalofríos bruscos, dolor retroesternal y manifestaciones extrarrespiratorias. Los afectados tampoco refirieron alteraciones locales de vibraciones vocales, áreas de matidez parenquimatosa, soplo tubárico y herpes labial, y realmente poseían estos hallazgos; además se omitieron los infiltrados intersticiales e incluso lóbares en las radiografías torácicas. Estas deficiencias contribuyeron de manera directa a una inadecuada identificación de las neumonías y a un descenso desproporcionado de los índices de concordancia entre el diagnóstico al ingreso y al egreso de los pacientes.

Palabras clave: neumonías extrahospitalarias, método clínico, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

A prospective, descriptive and longitudinal study of 62 patients with community- acquired pneumonias, admitted in "Dr. Joaquín Castillo Duany" Teaching Provincial Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January to April, 2014, with the aim of identifying deficiencies in the use of the clinical method for an appropriate classification of these pneumonias. The results showed difficulties in the stages of the clinical method, as well as a shorter frequency of the description of the symptoms: fevers and abrupt chills, retrosternal pain and extrarrespiratory manifestations. Those patients affected referred no local changes of vocal vibrations, areas of parenchymatous dullness, tubal murmur and herpes labialis, and they really had these findings; besides, interstitial and even lobar infiltrates were also omitted in the thoracic x-rays. These deficiencies directly contributed to an inadequate identification of the pneumonias and a disproportionate lowering of the agreement rates between the diagnosis at admission and of discharge of the patients.

Key words: community-acquired pneumonias, clinical method, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El propósito inicial de este trabajo era completamente distinto, pues los autores se habían propuesto determinar las manifestaciones clínicas de las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC), de modo que se justificara -- o desmeritara -- el empleo de la combinación de antimicrobianos de amplio espectro en los pacientes que ingresan con dicho diagnóstico.

Para sorpresa de los investigadores, casi la totalidad de las más de 100 historias clínicas revisadas, mostraban tal "uniformidad" en la recolección de datos clínicos, de manera que las NAC podían haber sido determinadas del siguiente modo: cuadro definido por tos, expectoración "verdosa o amarillenta", fiebre y estertores crepitantes en ambas bases pulmonares. Se describía así de simple, sin considerar que el conjunto de síntomas y signos antes descrito, indicaba indistintamente los diagnósticos de bronconeumonías extrahospitalarias (BNE), hipostáticas o no, neumopatías inflamatorias (NI), y de manera ocasional el de "neumonía", sin otra especificación.

Por supuesto, lo más alejado de la realidad para explicar este fenómeno sería argumentar que el cuadro clínico de las NAC ha evolucionado por selección natural. La causa es, sin dudas, humana: deficiente empleo del método clínico (MC).

Resulta harto conocido que el problema es mundial,¹⁻³ lo que no excluye a Cuba, donde existen muchos autores preocupados por el tema.⁴⁻⁶ Ahora bien, que lejos de resolverse se agrave, no hace más que convertirlo, en el mejor de los casos, en una cuestión proverbial que data de décadas y amenaza con adoptar un curso crónico.

La depauperación del método clínico se debe a múltiples factores objetivos, hasta dialécticos, pero lamentablemente injustificados en su mayoría.⁴ No por gusto se puede percibir cierto tono crítico en medio de la exquisita sobriedad con que prestigiosos clínicos extranjeros y cubanos abordan la temática.^{7,8} Lo esencial del problema radica en que, como método científico en definitiva, una mala praxis del MC deviene una pobre y defectuosa recolección de datos, una visión errónea del o los problemas del paciente, así como obligados errores diagnósticos y terapéuticos.⁹

En lo concerniente a las NAC, primera causa de ingresos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", las deficiencias en el empleo del MC subyacen en la inexplicable homogeneidad de los cuadros clínicos descritos, para invertirse el principio de que "existen enfermos y no enfermedades".

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de 62 pacientes con diagnóstico de neumonías extrahospitalarias, ingresados en el Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba, durante el periodo del 2 de enero al 2 de abril del 2014, con vistas a evidenciar las deficiencias en la aplicación del método clínico.

En las NAC se incluyeron las definiciones diagnósticas iniciales de bronconeumonías bacterianas (BNB) extrahospitalarias, hipostáticas o no hipostáticas, NI y neumonía. Los afectados cuyo estado mental (demencia, afasia, obnubilación, entre otros) no permitía una adecuada anamnesis, fueron excluidos del estudio. No se tuvo en cuenta como criterio de exclusión el haber recibido terapia antimicrobiana previa de forma

ambulatoria, y sí quedaron fuera de la investigación los que tuvieron ingresos hospitalarios por NAC u otra afección que requiriera el uso de antibióticos por lo menos en las 8 semanas previas. La muestra final quedó constituida por 62 pacientes.

Las variables utilizadas fueron: descripción de síntomas respiratorios o no, expresados de manera espontánea por el paciente, u obtenidos en el interrogatorio; descripción u omisión de signos físicos obtenidos durante la exploración; ausencia o presencia de informes en la historia clínica (HC) sobre elementos radiológicos, como la condensación parenquimatosa, el infiltrado intersticial y el derrame pleural; y diagnóstico inicial planteado por los médicos que asistieron por primera vez a los pacientes y diagnóstico final emitido por el Grupo Básico de Trabajo (GBT). Este último funcionó como árbitro, y estaba constituido por los especialistas y docentes de mayor experiencia: tres de ellos jefes del GBT, con más de 20 años en la práctica de la Medicina Interna, un máster en Enfermedades Infecciosas; todos pertenecientes a un grupo que participaba desde hacía 4 años en un proyecto de confección y evaluación de índices pronósticos en las NAC, y formó parte en el interrogatorio, la exploración física e interpretación de los estudios humorales e imagenológicos, además de concertar los juicios clínicos.

Teniendo en cuenta los elementos aportados por el uso ordenado del MC, las NAC fueron clasificadas como: típicas (comienzo súbito de escalofríos, fiebres, tos con expectoración purulenta o herrumbrosa, dolor pleurítico y signos de condensación parenquimatosa en el examen físico, así como localización segmentaria de la condensación radiológica), atípicas (tos seca, fiebre de aparición menos brusca y manifestación intermitente, escasa expectoración mucosa, dolor retroesternal, existencia de manifestaciones extrarrespiratorias, signos físicos de afectación respiratoria bilateral, y patrón radiológico de infiltrado intersticial difuso), BNB (tos húmeda productiva o no, expectoración purulenta o mucosa, fiebre, polipnea, gran predominio de las manifestaciones sistémicas, y elementos tanto semiológicos como imagenológicos de participación parenquimatosa pulmonar bilateral o difusa), o indiferenciadas (imposibilidad clínica de incluir al afectado en una categoría anterior), según las normas de clasificación emitidas por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.¹⁰

Una vez obtenidos los resultados, se expuso en el Servicio el objetivo del estudio, así como la necesidad de evaluar el proceder clínico con propósitos educativos y desde una perspectiva científica, consecuente con un fenómeno que no es exclusivo del centro hospitalario en particular, sino de magnitudes globales, sin que esto implicara juzgar el desempeño de los facultativos. Todos estuvieron conformes con ello.

Para calcular el índice de concordancia se utilizó el índice de Cohen, que establece la correspondencia entre los diagnósticos inicialmente emitidos y los definidos luego de la evaluación arbitral, lo cual se determinó en: no concordancia (índice menor de cero), pobre concordancia (mayor de 0,2 y menor de 0,4), moderada concordancia (mayor de 0,4 y menor de 0,6), concordancia sustancial (mayor de 0,6 y menor de 0,8) y concordancia casi perfecta (mayor de 0,8).

RESULTADOS

Los escalofríos y las fiebres de comienzo brusco no fueron descritos por 3,2 % de los afectados, que los expresaron de modo espontáneo, y en más de 20 % de los que los refirieron en el interrogatorio. Aunque 16 % de los pacientes hicieron alusión, de manera espontánea, a la punta de costado, el síntoma fue pasado por alto en 3 de los 5 que refirieron haber tenido dolor pleurítico durante la entrevista médica (4,8 %). La

expectoración purulenta fue registrada en la mayoría de los pacientes que la refirieron, y en la totalidad de los que presentaron esputos hemoptoicos o hemoptisis franca. En más de 10 % de los que en la anamnesis refirieron dolor retroesternal, el dato no fue recogido, y lo mismo ocurrió en cerca de 10 % de los que dijeron presentar manifestaciones extrarrespiratorias, aun cuando lo hicieron de manera espontánea (tabla 1).

Tabla 1. Pacientes según descripción de síntomas

Síntomas N=62	Ausente		Espontáneo				Interrogatorio			
	No.	%	Descrito		No descrito		Descrito		No descrito	
			No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Escalofríos y fiebre bruscos	37	59,7	5	8,1	2	3,2	4	6,5	14	22,6
Dolor torácico de tipo punta pleurítico	47	75,8	10	16,1			2	3,2	3	4,8
Dolor retroesternal	49	79,0	3	4,8	2	3,2			8	12,9
Hemoptisis	57	91,9	5	8,1						
Tos seca	45	72,6	8	12,9			5	8,1	4	6,5
Expectoración purulenta	47	75,8	5	8,1			8	12,9	2	3,2
Expectoración mucosa	50	80,6	4	6,5	2	3,2	4	6,5	2	3,2
Síntomas extrarrespiratorios	54	87,1	1	1,6	6	9,7			1	1,6

En cuanto a los signos físicos (figura 1), es llamativo el hecho de que el soplo tubárico, la matidez localizada, la alteración local de las vibraciones vocales, y el herpes labial, no fueron descritos por ninguno de los pacientes que los presentaban; no obstante, la alteración local de las vibraciones vocales estuvo presente en 30 % de la serie. En contraste, los estertores crepitantes localizados fueron referidos por los afectados que los presentaban.

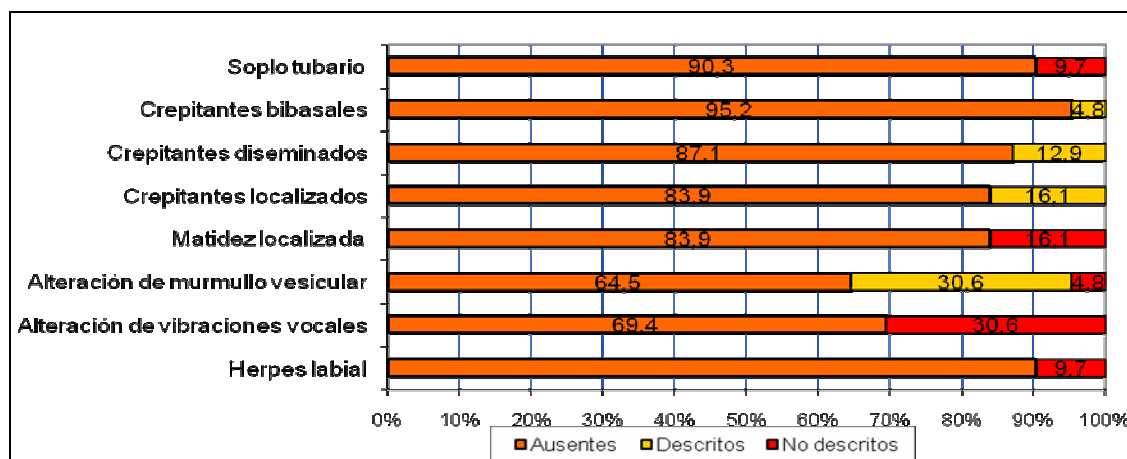


Fig. 1. Pacientes según descripción de signos clínicos

En más de 20 % de los pacientes que presentaban infiltrado intersticial en la radiografía de tórax, el elemento fue omitido, pero en lo referente a la condensación lobar, esta fue pasada por alto en cerca de 5 % de los que evidentemente la tenían (figura 2).

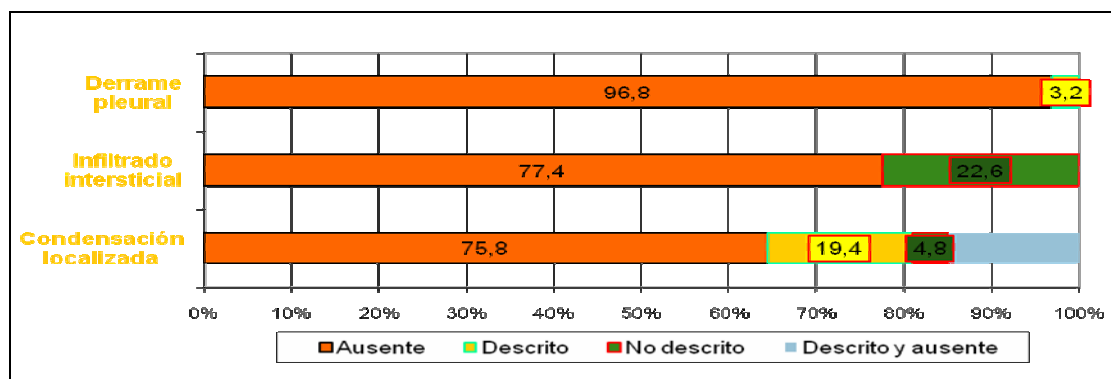


Fig. 2. Pacientes según diagnóstico radiológico

De las 41 BNB planteadas al ingreso, solo 7 fueron definidas como tales al egreso. Cerca de 50 % de los pacientes con este diagnóstico inicial, recibieron posteriormente el de neumonías atípicas. Más aún, un porcentaje mayor de 10 % presentaba diagnósticos distintos de BNB. En el término ambiguo de neumopatías inflamatorias, más de 50 % resultaron ser formas típicas de neumonías, aunque también casi la mitad de los afectados incluidos en este diagnóstico inicial, mostraban formas intermedias y clínicamente muy difíciles de ubicar en una categoría específica (tabla 2).

Tabla 2. Pacientes según diagnóstico al ingreso y egreso

Diagnóstico al egreso	Diagnóstico al ingreso							
	Bronconeumonía		Neumopatía inflamatoria		Neumonía		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Neumonía típica	8	19,5	6	54,5	10	100,0	24	38,7
Neumonía atípica	18	43,9					18	29,0
Bronconeumonía	7	17,1					7	11,3
Intermedia	3	7,3	5	45,5			8	12,9
Otros diagnósticos	5	12,2					5	8,1
Total	41	66,1	11	17,7	10	16,1	62	100,0

Al comparar los índices de concordancia entre la impresión diagnóstica de los primeros facultativos en asistir a los pacientes y la de los del GBT (tabla 3), se puso de manifiesto una concordancia ligera en el caso de las BNB (0,12), moderada en cuanto a las neumonías típicas (0,47) y nula en lo referente a las neumonías atípicas.

Tabla 3. Concordancia de diagnósticos al ingreso y egreso

Diagnósticos	GBT	Médicos de asistencia al ingreso		
		SÍ	NO	Total
Bronconeumonía	GBT	SÍ	7	7
		NO	34	55
Neumonía atípica	GBT	SÍ	18	18
		NO	44	44
Neumonía típica	GBT	SÍ	10	24
		NO	38	38

DISCUSIÓN

Incluso considerando una “modificación natural” en la presentación clínica de las NAC “en los últimos años”, como suponen Sánchez González *et al*,¹¹ relacionada con factores como el amplio uso de terapia antimicrobiana empírica, el incremento de la población anciana y de personas con amplia morbilidad asociada; o teniendo presente las “limitaciones” del examen clínico y radiológico, que plantea Rodrigo Moreno,¹² al momento de diagnosticar una NAC, el hecho de que 52 de los 62 pacientes incluidos en este estudio hayan presentado los diagnósticos de BNB y NI, no parece relacionarse directamente con aquellas tendencias.

Por un lado, Sánchez González *et al*,¹¹ después de extenderse en las circunstancias que estuvieran influyendo en el “cambio clínico” de las NAC, advierte que la presentación de las formas típicas se caracteriza por expectoración purulenta, dolor pleurítico, signos físicos de consolidación parenquimatosa localizada, y por un patrón radiológico de condensación lobar, incluso en personas mayores de 65 años, “el cambio – asegura - obedece a la gravedad de estas”; por otro lado, Rodrigo Moreno¹² enfatiza en la imposibilidad de tener una absoluta certeza en cuanto al germen causal específico de alguna NAC, solo a partir de elementos clínicos e imagenológicos; situación que no constituye ninguna novedad en el pensamiento médico actual.

En contraste con lo anterior, sí se puede asegurar que la aplicación concienzuda del método clínico haya logrado catalogar, al menos, como formas típicas de neumonía entre estas BNB, casi 50 % como neumonías atípicas, y algo fundamental, haya redefinido diagnósticos alternativos en afectados inicialmente “etiquetados” como con bronconeumonía.

Los resultados antes expuestos hablan por sí solos. Las dificultades durante la realización de la anamnesis son evidentes. Tomando en cuenta que esta etapa del MC aporta más de 60 % de datos valiosos para el diagnóstico,¹³ resulta superfluo inferir las consecuencias de un interrogatorio defectuoso. La enorme presión asistencial, el poco tiempo, la desmotivación, la inexperiencia del explorador, la carencia de empatía hacia el paciente, entre otros, son los factores que más se citan como causas de una deficiente anamnesis,^{14,15} sin que existan motivos distintos que expliquen tal situación en el presente estudio; además se debe considerar que la totalidad de las HC al momento del ingreso fueron realizadas por internos en el Cuerpo de Guardia.

Remarcable es el hecho, sin embargo, que estas HC fueron “supervisadas” por especialistas, que luego admitieron la presencia de evidente discordancia entre los diagnósticos iniciales y finales durante la fase del estudio, en que se evaluaban a los pacientes en condiciones más óptimas.

Un fenómeno reafirmando el otro; sean cuales sean las circunstancias, la primera entrevista al enfermo, la esencial, no se ejecuta como el método científico demanda, y se le hace involucionar desde la evaluación profesional al uso más elemental del sentido común.

Ello explica que la tos, la expectoración purulenta o hemoptoica, las fiebres y el dolor pleurítico, referidos por el paciente, no dejen de registrarse; no es menester ser un entendido en NAC para reflejar estos datos cuando alguien los refiere de modo espontáneo y acorde con la prioridad que le conceda (por ejemplo: imagine la magnitud del dolor tipo punta de costado, como para que un paciente haga alusión a él);

el problema es la escasa calidad semiológica de lo que se recoge en la historia clínica, que no pocas veces obliga a "imaginar" lo que quiso plasmarse, sin mencionar ya lo que se omite.

¿Qué decir en cuanto al examen físico? Los estertores húmedos crepitantes fueron descritos en todas sus localizaciones posibles y, en efecto, en todos los pacientes que los presentaban, pero ¿qué ocurre con las alteraciones de las vibraciones vocales, las áreas delimitadas de matidez y los soplos tubáricos? O de manera misteriosa estaban ausentes en los 62 afectados, o su ausencia es prueba contundente de que las neumonías han variado sus formas de presentación, o sencillamente no fueron explorados. El que hayan "aparecido" durante una segunda evaluación dan mayor verosimilitud a la última posibilidad. Por otra parte, el herpes labial, reiterado en la literatura médica por su poca frecuencia, y su todavía inexplicada, pero innegable, asociación con la neumonía neumocócica,¹⁶ estuvo presente en cerca de 10 % de los pacientes y no fue registrado en ninguno de ellos.

Se insiste sobre las mismas condicionantes que propician una mala anamnesis, y con el mismo resultado: no se explora al paciente, a lo sumo se ausculta; de ahí la preponderancia de los estertores crepitantes y la ausencia del resto de los signos que aseguran el planteamiento de una consolidación parenquimatosa. Por si fuera poco, Fernández Fonfrías *et al*¹⁷ advierten sobre la poca rentabilidad diagnóstica de la semiología auscultatoria en el diagnóstico de las NAC.

Difícilmente se ignora una imagen de condensación en una radiografía de tórax; así y todo, su presencia no fue registrada en pacientes que la tenían, con gran probabilidad de que se haya desatendido de manera "voluntaria" al considerar que lo "evidente no necesita ser recalado", o porque describir las características radiográficas o no en la HC inicial de los pacientes depende del "estilo personal" del facultativo, o porque quienes en definitiva realizan esta tarea son internos, que ante la duda se abstienen de exponer los resultados.

No sucede lo mismo con el infiltrado intersticial que caracteriza a las NAC atípicas, y que exige, más que una buena pericia imagenológica, una adecuada caracterización clínica del paciente antes de evaluar los rayos X; solo entonces el moteado nodulillar, o reticulo-nodulillar cobra forma.

Un mal método ha de llevar necesariamente a una mala interpretación de los datos, y a un diagnóstico inexacto. El índice de concordancia fue, cuando más, de moderada concordancia en lo referente a las NAC típicas, y apoya el diagnóstico al ingreso de 10 "neumonías" (sin otras especificaciones) que derivaron en 8 formas típicas al momento del egreso. Durante el razonamiento del diagnóstico inicial, la combinación de estertores crepitantes localizados y una radiografía con una innegable imagen de consolidación, ofrecen poco margen a impresiones alternativas.

Sin dudas, una óptima utilización del MC lograría una clasificación más refinada de las NAC. Entonces, a nadie le extrañaría diagnósticos, tales como neumonía neumocócica de la base pulmonar derecha; y no es que se refiera a cuestiones estéticas o de elegancia. Un diagnóstico como el ejemplificado, acarrea además un pronóstico y una conducta terapéutica.

Sería completamente descabellado hablar de la infalibilidad del MC para el diagnóstico de cualquier entidad, en general, y de las NAC, en particular, pues sería ignorar la variabilidad individual de los pacientes y la incertidumbre inherente al propio proceso del

MC (sin que exista ciencia alguna que pueda evadir la incertidumbre); y ello explica la existencia de NAC indeterminadas. Sin embargo, en 1999, y en pleno debate sobre las dificultades para diagnosticar neumonías adquiridas en la comunidad, solo sobre la base de elementos clínicos, Whipf *et al*¹⁸ demostraron una sensibilidad de 47 a 69 % y una especificidad de 58 a 75 % de la anamnesis y la exploración del aparato respiratorio para el diagnóstico de NAC.

Resulta increíble admitir que pacientes con tos seca, expectoración mucosa, manifestaciones extrarrespiratorias (incluidas las clásicas diarreas y poliartalgias), estertores húmedos y secos, diseminados en ambos campos pulmonares, y un infiltrado intersticial en la radiografía torácica; no hayan sido definidos como portadores de una NAC en su forma atípica. No obstante el valor cada vez más académico que está adquiriendo esta clasificación,¹⁹ a pesar de la existencia de formas de difícil ubicación o indeterminadas, lo cierto es que aquellas no son inexistentes, ni siquiera raras. La inadecuada utilización del MC dio lugar a un índice de concordancia nulo en este grupo. Sin embargo, no puede decirse que el fenómeno sea sencillo; por ejemplo, la totalidad de pacientes con NAC atípicas fueron inicialmente ingresados con el diagnóstico de BNB, sin dudas por la presencia de estertores crepitantes diseminados, bilaterales, y el aspecto de enfermedad aguda en los pacientes. Es llamativo que, en medio de los mecanismos heurísticos que llevan al error, los afectados fueron incluidos en la categoría de NAC que comprenden un mayor riesgo.

Con referencia a los planteamientos precedentes, uno de los resultados más sobresalientes de un estudio de falta de concordancia clínica realizado en España, puso de manifiesto la tendencia de los facultativos, bajo efectos de gran tensión, como sucede en las salas de emergencias, de colocar a los pacientes, aun por error, en clases de mayor riesgo con el fin de "protegerlos".²⁰

Asimismo, en el estudio se expone mucho más, y se asegura que el médico actúa en escenarios de riesgo guiándose por 3 mecanismos cognitivos esenciales: adjuntando los datos que obtiene según lo que conoce, o tiene por experiencia; diagnosticando según la prevalencia e incidencia de las afecciones del medio donde se desempeña; o situando al paciente en una categoría de riesgo para protegerlo, aun cuando el enfermo realmente no pertenezca a dicha categoría, y hasta llegue a sufrir, paradójicamente, los efectos indeseables de tal decisión.²⁰

Por muy complejo que sea el asunto, por muchas variables que intervengan en la génesis del deterioro del MC, lo cierto es que trae consecuencias inmediatas, como el error diagnóstico, la iatrogenia y la conversión de un método científico en un sistema de pensamiento, basado en la intuición y el empirismo. Felizmente, queda la satisfacción de haber reivindicado el hecho de que en lo referente a las NAC, sus características clínicas continúan siendo invariables, que no ha desaparecido el soplo tubárico rodeado de estertores crepitantes, el herpes labial, el comienzo brusco de un escalofrío seguido de una fiebre elevada y las vibraciones vocales aumentadas en un área determinada del pulmón afectado. Lo preocupante es que esté variando el juicio de quien tiene que encontrarlas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yan L, Na L, Qunying H, Shuixiang H, Bae RS, et al. Performance of physical examination skills in medical students during Diagnostic Medicine Course in a University Hospital of Northwest China. *PlosOne*. 2014 [citado 20 Mar 2014]; 9(10).
2. Jinich H. Triunfos y fracasos de la medicina en los Estados Unidos. *Gac Med Mex*. 1990; 126: 72-6.
3. Weatherall J. Crisis de comunicación. Bernard Lown: The lost of healing. *Br Med J* (Ed. Latinoamericana). 2010; 5: 287.
4. Moreno Rodríguez M. El arte y la ciencia del diagnóstico médico. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2001. p. 53-8.
5. Ilizástegui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2000; 14(2): 109-27.
6. Espinosa Brito A. La clínica y la Medicina Interna. *Rev Cubana Med*. 2013 [citado 20 Mar 2014]; 52(3).
7. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MÁ, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A, Bosch Bayard RI. Errores en el examen físico del paciente. *Rev Cubana Med Mil*. 2011 [citado 12 Ene 2014]; 40(3-4).
8. Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entrevista médica: un aspecto del método clínico. *Rev Cubana Med*. 2000; 39: 106-14.
9. Cruz Hernández J, Hernández García P, Abraham Marcel E, Dueñas Gobel A, Salvato Dueñas N. Importancia del Método Clínico. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012; 38(3): 422-37.
10. Menéndez R, Torres A, Aspa J, Capelastegui A, Prat C, Rodríguez de Castro F. Neumonía adquirida en la comunidad. Nueva normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2010; 46: 543-58.
11. Sánchez González ME, Gómez Gómez J, Gómez Vargas J, Muñoz Gimeno L, Baños V, Simarro E, et al. Patrones clínicos en neumonías comunitarias con documentación y sin documentación microbiológica. Estudio prospectivo y comparativo 1991-1997. *An Med Interna (Madrid)*. 2004; 21: 166-70.
12. Rodrigo Moreno B. Limitaciones del examen clínico y de la radiografía de tórax en el diagnóstico de neumonía en adultos. *Boletín Escuela de Medicina*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 1999; 28: 83-4.
13. Llanio Navarro R, Fernández Mirabal JE, Fernández Sacasas JA. La Historia Clínica: la mejor arma del médico para el diagnóstico de las enfermedades. La Habana: Pueblo y Educación; 1987.
14. Fernández Sacasas JA. La relación médico-paciente en el sistema de salud. En: *Filosofía y Medicina*. La Habana: Ciencias Sociales; 1987. p. 164.

15. Platt FW, Mc Math JC. Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Int Med.* 1979; 91: 898-902.
16. Ruiz Gonzáles A, Falguera M, Nogués A, Rubio Caballero M. Is *streptococcus pneumoniae* the leading cause of pneumonia of unknown aetiology? A microbiologic study of lung aspirates in consecutive patients with community acquired pneumonia. *Am J Med.* 1999; 106: 385-90.
17. Fernández Fonfría JR, Alonso Valle H, Iglesias Oliva L, Blanco Fernández L, García-Castrillo LR. Rentabilidad de la semiología auscultatoria en el diagnóstico de la neumonía adquirida en la comunidad. *Emergencias.* 2005; 17(2): 67-71.
18. Whipf JE, Lipsky BA, Hirshman JV, Boyco EJ, Takasugi J, Peugeot RL, et al. Diagnosing pneumonia by physical examination. Relevant or relic? *Arch Intern Med.* 1999; 159: 1082-7.
19. Julián Jiménez A, Gonzáles del Castillo J, Martínez Ortiz de Zárate M, Candel González FJ, Piñera Salmerón P, Moya Mir MS. Características y cambios epidemiológicos de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad en los ambientes hospitalarios. *Anales Sis San Navarra.* 2013; 36(3): 387-95.
20. Díaz Ricomá N, Mena Parra D, Rosell Ortiz F, Contreras Rodríguez AM, León Ruiz L. Concordancia diagnóstica entre el servicio de urgencias de un hospital de alta resolución y su hospital de referencia. *Emergencias.* 2010; 22(4): 282-5.

Recibido: 21 de febrero de 2015.

Aprobado: 24 de febrero de 2015.

Armando Ernesto Pérez Cala. Hospital Provincial Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: ebenitez@hmscu.scu.sld.cu