

La discusión diagnóstica como actividad de educación en el trabajo en la enseñanza Médica Superior

The diagnosis discussion as an activity of education at work in higher medical education

Zenén Rodríguez Fernández,^I Raúl Ramón Rizo Rodríguez,^{II} Amparo Mirabal Fariñas^I

^I Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora". Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

La presentación del caso y su discusión diagnóstica constituye la forma de educación en el trabajo por excelencia en el proceso docente educativo y asistencial para la formación de los profesionales de la salud en los centros de enseñanza médica superior durante los estudios de pregrado y posgrado. Se fundamenta en la aplicación del método científico de las ciencias médicas (clínico y epidemiológico) y su interrelación con las categorías pedagógicas y principios didácticos fundamentales. Esta modalidad de educación en el trabajo es una de las más utilizadas, por cuanto se impone la necesidad de fortalecer la aplicación del método científico que la sustenta. El objetivo de esta revisión es identificar aspectos puntuales en torno al desarrollo de esta actividad docente asistencial y proponer algunas sugerencias para su desarrollo efectivo en el proceso enseñanza aprendizaje que puedan ser útiles para los profesionales de la salud que se desempeñan en aquellas especialidades que la practican de forma sistemática.

Palabras clave: educación en el trabajo; discusión diagnóstica; método clínico; método epidemiológico; categorías pedagógicas; principios didácticos; educación médica superior.

ABSTRACT

The case report and its diagnostic discussion is the paramount form of education at work in the educative teaching and care-related process and for the training of health professionals in the centers of higher medical education during the undergraduate and postgraduate studies. It is based on the application of the scientific method of medical sciences (clinical and epidemiological) and its interrelation with the pedagogical categories and fundamental didactic principles. This type of education at work is one of the most used, because it imposes the need to strengthen the application of the scientific method that supports it. The objective of this review is to identify specific aspects about the development of this teaching assistance activity and to propose some suggestions for its effective development in the teaching learning process that may be useful for health professionals who work in those specialties that practice the method systematically.

Key words: education at work; diagnosis discussion; clinical method; epidemiologic method; pedagogical categories; didactic principles; higher medical education.

INTRODUCCIÓN

La presentación del caso y su discusión diagnóstica es un tipo de educación en el trabajo (actividad docente asistencial) que tiene como objetivo que los estudiantes de las carreras de Medicina desarrollen los raciocinios necesarios para integrar y evaluar los datos encontrados en la anamnesis, el examen físico y los exámenes paraclínicos de un paciente, a la luz de los conocimientos teóricos y de la información pertinente, en ese nivel abstracto consciente y llegar a un juicio de tipo diagnóstico, que permita establecer o evaluar el plan terapéutico y los juicios pronósticos o retroactivos que correspondan.¹⁻³

Por medio de la discusión diagnóstica, el educando logra enmarcar dentro de un proceso y una estrategia lógica del pensamiento los problemas de un enfermo en el concepto del estado de salud. En otras palabras, es la actividad que enseña al personal en formación cómo se organizan los datos clínicos encontrados en el paciente para llegar al diagnóstico.⁴

La discusión diagnóstica, es una de las formas de educación en el trabajo más utilizadas en las Ciencias Médicas, cuyo dominio es indispensable no solo para los estudiantes de Medicina y residentes, sino que debe constituir el ABC del personal docente. Teniéndose en cuenta lo señalado y la necesidad imperiosa de fortalecer la aplicación del método clínico o epidemiológico,⁵ en este artículo se proponen algunas sugerencias para el desarrollo de esta actividad docente que puedan ser útiles para los profesionales de la salud que se desempeñan, en aquellas especialidades que utilizan sistemática y cotidianamente esta modalidad de educación en el trabajo.

El objetivo de esta revisión es identificar aspectos puntuales en torno al desarrollo de esta actividad docente asistencial y proponer algunas sugerencias para su desarrollo efectivo durante el proceso enseñanza-aprendizaje que puedan ser útiles

para los profesionales de la salud que se desempeñan en aquellas especialidades que la practican de forma cotidiana y sistemática.

CONSIDERACIONES PUNTUALES

Se impone hacer algunas reflexiones sobre aspectos puntuales de la discusión diagnóstica, entre las que figuran las siguientes:

- A pesar del gran volumen de trabajo propio de una sala hospitalaria, esta actividad debe tener un horario fijo, que nunca debe ser más allá de las 11 a.m., por lo general luego de haber concluido el pase de visita. Por otra parte, lo deseable es que se pueda realizar diariamente, cuestión vital en una sala de Medicina Interna; de no ser posible cumplir con esta periodicidad debe realizarse por lo menos tres veces por semana. En los servicios quirúrgicos se programará con una frecuencia según proceda, intercalada con otras actividades docentes asistenciales.
- La discusión diagnóstica debe desarrollarse en un local apropiado y nunca en la cama junto al paciente, situación que se descuida en ocasiones, cuando se realiza durante el pase de visita o la guardia médica. Si el enfermo deambula y su estado lo permite es conveniente que esté presente mientras se lee la historia clínica, para que todo el grupo lo observe y sea factible la comprobación de algunos aspectos de la anamnesis o del examen clínico. Por supuesto que en caso tal, antes de comenzar la discusión propia dicha, se le pide de forma cortés que se retire a su cama y se le orienta a un alumno que lo acompañe.
- Otro aspecto a señalar es que a veces, según el hábito de algunos docentes la discusión diagnóstica se convierte en un diálogo entre el que la dirige y los participantes; las interrupciones se suceden de forma constante lo que conduce a que se pierda un poco el hilo conductor de la actividad.

Objetivos específicos

En la discusión diagnóstica, el profesor debe entrenar al educando en las operaciones fundamentales: *identificación* del fenómeno, establecimiento de una *hipótesis*; verificación, modificación o rechazo de la hipótesis diagnóstica por medio de las *investigaciones adecuadas*, revisión del cuadro clínico original y establecimiento del *pronóstico* y de un *plan terapéutico o de cuidados*.⁶

Esta es la actividad fundamental del método clínico o del proceso de atención de enfermería y del método epidemiológico,^{5,6} aplicado a un enfermo o a una situación de salud de tipo higiénico epidemiológico, y puede ser planificada con antelación o sin previo aviso.

PARTICIPACIÓN DEL ESTUDIANTE Y DEL RESTO DEL GRUPO BÁSICO DE TRABAJO (GBT)⁷⁻⁹

La presentación de casos y su discusión diagnóstica según los objetivos propios que persigue se realiza bajo la dirección del profesor responsable:

- Con especialistas, residentes, internos y estudiantes de Medicina.
- Con enfermeras y estudiantes de licenciatura en enfermería.
- De forma conjunta.

Los autores harán referencia a esta última variante. Cada educando debe en su momento presentar y discutir el caso que se le ha asignado para la solución individual del problema de salud de un paciente, la familia o la colectividad, y todos los estudiantes son responsables de su autopreparación para realizarlo.

En su participación en la solución individual de los problemas de salud, el estudiante confecciona la historia clínica de un paciente o la historia de salud de un hombre sano, una familia o la colectividad, la estudia y se prepara para dicha actividad. En ese momento culmina el trabajo independiente del estudiante que ha elaborado la historia clínica de un paciente a él asignado.

La discusión diagnóstica comenzará por la lectura de la historia clínica y el resumen de los datos positivos y negativos importantes.

El profesor, auxiliado por los especialistas y residentes del GBT, será responsable de comprobar antes los hallazgos clínicos pertinentes si se trata de una presentación formal, o en el momento si se hace de modo informal durante el pase de visita o la guardia médica.

Debe estar presente el paciente, pudiéndose reinterrogarse o realizarle el examen físico, pues contribuye a rectificar algún error si existiera, y además permite que los estudiantes refuercen sus habilidades adquiridas. Después el enfermo se retirará como ya se dijo y el estudiante expondrá sus ideas, iniciando la discusión.

Se realiza de forma sucesiva el diagnóstico sindrómico, diferencial, etiológico, nosológico: se establece la conducta terapéutica y el juicio pronóstico. Se recomienda utilizar como método para llegar al diagnóstico, la comparación o diferencial, el inductivo y el de hipótesis y la intuición, haciéndose énfasis en la utilización del método problémico.¹⁰⁻¹³

Se cuidará en todo momento de no divulgar en presencia del paciente en cuestión o de otros, aspectos que puedan afectar su estado psicológico o menoscabar su privacidad o dignidad y evitar iatrogenias.

En el proceso de la discusión participan en orden consecutivo: el estudiante responsable de la presentación, los demás estudiantes, los internos, los residentes por año, los especialistas y el profesor responsable. Este realizará las conclusiones y señalará los aciertos y errores cometidos, haciéndose énfasis en los aspectos clínicos (biológicos y psicológicos), epidemiológicos y sociales que sean más importantes.

Por último, ratificará o dictará la conducta a seguir, todo lo cual se recogerá en la historia clínica del paciente o en la historia clínica familiar.

El profesor evaluará de manera fundamental la participación individual del estudiante que presentó el caso o el problema de salud.¹³

FUNCIÓN EDUCADORA^{7,8}

La discusión diagnóstica tiene una función educadora extraordinaria, puesto que desarrolla habilidades fundamentales, entre las que figuran:

- Capacidad para efectuar un resumen de la historia clínica.
- Ir del resumen de la historia clínica a los diagnósticos de manera sistematizada y lógica para establecer los diagnósticos finales.
- Esto le permite al estudiante aprender el proceso de ir del conocimiento sensorial y concreto al pensamiento abstracto, al expresar de forma inicial el agrupamiento sintomático y del planteamiento de algunos síndromes singulares o particulares a otros de mayor jerarquía. De igual forma en caso de un solo síntoma o signo, el proceso de ir de lo particular a lo general, del síntoma o signo a la enfermedad.
- Aprender el proceso cognoscitivo de análisis y síntesis que permite formular una o varias hipótesis diagnósticas.⁹
- Utilización de las leyes de la lógica para expresar de forma adecuada la estructura del pensamiento.
- Aprender a jerarquizar la información realizándose el análisis por el aspecto fundamental y no por alguno de carácter accesorio.
- Aprender a incluir e interrelacionar los elementos psicológicos y sociales junto a los biológicos para la valoración integral del enfermo.
- Proponer un programa racional y lógico de investigaciones paraclínicas a realizar.¹¹
- Efectuar la explicación fisiopatológica de los fenómenos, integrándose los conocimientos clínicos a los de las ciencias básicas biomédicas.¹²
- Evaluar la terapéutica.
- Desarrollar los métodos de la exposición oral y de la discusión grupal con modestia, reconociéndose franca, sana y científicamente sus errores.¹⁰

A continuación, se ilustra, con un ejemplo práctico, los pasos metodológicos necesarios para realizar la discusión diagnóstica:

Primero: para dar comienzo al ejercicio el profesor debe ponerse de pie, saludar a los participantes, los cuales a su vez se ponen de pie, de seguida procede a realizar la presentación de la actividad (nombre del profesor y categoría docente, caso a discutir, estudiante seleccionado para presentar el caso, nombre y apellidos de los participantes y categoría que ostenta cada uno en la pirámide docente del servicio).

Segundo: terminada la presentación se autoriza a los participantes a tomar asiento; a continuación, se le otorga la palabra al alumno seleccionado para realizar la presentación de la historia clínica. El alumno se debe poner de pie para la presentación, aunque el profesor que dirige la discusión del caso, según su criterio, puede autorizarlo a que tome asiento.

Tercero: el alumno procede a dar lectura a la historia clínica, lo cual debe hacer con voz clara e intensidad suficiente para que sea escuchado por todos los participantes. Es muy importante que el docente tome nota de los errores u omisiones que el ponente pudiera cometer, cosa que exige mantenerse muy atento a la lectura de la historia clínica ante cada planteamiento, el cumplimiento de las distintas partes de la estructura del documento y de los pasos metodológicos establecidos a lo largo de toda la presentación.

Obviamente, se parte del supuesto de que el profesor previo a la actividad examinó de forma concienzuda al paciente para que cualquier error u omisión cometido por el estudiante en la anamnesis o en el examen físico pueda ser corregido y de esta manera evitar que la discusión se realice sobre datos falsos o incorrectos.

Estas correcciones, de ser necesarias, las orientará el profesor a medida que se lee la historia clínica; es muy probable que este será casi el único momento en que el docente interrumpe al estudiante. Puede que en algún momento se haga necesario pedirle al ponente que eleve la intensidad de la voz para que pueda ser escuchado por todos los participantes en el ejercicio.

Cuarto: una vez terminada la presentación del caso se le otorga la palabra al resto de los estudiantes para escuchar sus opiniones. Aquí deben cumplirse dos requisitos: instar a algunos alumnos, directa o indirectamente a que no se inhiban para intervenir de modo que se habitúen a opinar y tener presente evitar repeticiones que no aportan nada y alargan de forma innecesaria el tiempo de la actividad. Terminada las intervenciones de los estudiantes se sigue el mismo procedimiento con el resto del grupo, en orden ascendente de la categoría que ostentan: internos, residentes, especialistas y profesores presentes.

Quinto: una vez concluido el paso anterior y retirado el paciente, el profesor indica al alumno que haga un resumen de esta. Esto, en apariencia es fácil, sin embargo, hay que enseñar bien al estudiante, como se hace para que sea realmente útil. Primero se comienza por los síntomas subjetivos (anamnesis) según el orden en que fueron apareciendo (cronopatograma), y se continúa con los síntomas objetivos (examen físico) siguiéndose el orden de la historia clínica; y segundo, se incluyen todos los datos positivos y los negativos que se consideren importantes. Todo esto en la menor cantidad posible de palabras pues no se trata de repetir la historia completa.

El resumen de la historia clínica por ningún concepto puede ser omitido luego de lo cual el alumno es invitado a que de su opinión diagnóstica para lo cual, éste, propone el resumen sindrómico y lo discute, realizándose los diagnósticos diferencial, nosológico, etiológico.

El alumno no debe ser interrumpido y hay que permitirle que exprese su criterio, a no ser que el alumno diga algo totalmente inverosímil o errado. Luego se le otorga la palabra al resto de los participantes en orden ascendente siguiéndose la escala jerárquica de la pirámide del servicio con vistas a que ofrezcan sus criterios sobre la discusión del caso.

Después que hayan intervenido todos, el profesor toma la palabra y emite su opinión sobre el caso. Este es un momento clave de la discusión, en que el docente demuestra a todo el colectivo de una manera práctica, cual es el objetivo central de esta actividad, o sea, cómo se organizan los síntomas y signos del enfermo para llegar a un diagnóstico. Por ello debe ser muy explícito, profundo en su pensamiento médico y organizado en su exposición. Es en este momento que el

profesor tiene la oportunidad de corregir los errores u omisiones que se hayan cometido en el análisis del resumen sindrómico.

Sexto: finalizada su intervención sobre el diagnóstico el profesor indica al alumno ponente hacer un proceso semejante al anterior, pero en este caso dirigido a los exámenes complementarios y medios diagnósticos a indicar y qué se espera encontrar en cada uno de ellos en base al diagnóstico presuntivo realizado.

Luego de escuchado el criterio de los participantes según el orden ya conocido, el docente emite sus juicios y hace las correcciones necesarias. El profesor hace un resumen y ordena las investigaciones que faltan para corroborar o no el diagnóstico planteado ofreciéndose los argumentos pertinentes. En cuanto a los estudios que se le hayan realizado al paciente hasta ese momento el profesor los aprovecha para ir entrenar a los alumnos en la interpretación de los hallazgos encontrados.

Séptimo: se indica a los participantes, en el orden jerárquico establecido, se realice un análisis del tratamiento y conducta a seguir. No olvidar que el tratamiento es higiénico-dietético, específico, sintomático y de las complicaciones.

A continuación, el profesor expone sus criterios y hace las correcciones y recomendaciones terapéuticas que considere oportunas. Es importante insistir en los aspectos no farmacológicos del tratamiento y si procede, la aplicación de la medicina natural y tradicional. En esta parte se hacen las consideraciones concernientes a las funciones y objetivos fundamentales de todo médico: promoción, prevención, curación (diagnóstico y tratamiento) y rehabilitación, así como las relacionadas con los factores de pronóstico del enfermo.

Octavo: a modo de conclusiones el profesor debe hacer un resumen general de la discusión diagnóstica, dando sus apreciaciones y haciéndose una valoración general de los aspectos positivos y negativos de la actividad docente desarrollada y le otorga la nota al alumno ponente y a cada uno de los alumnos restantes según participación y acierto en sus intervenciones.

En resumen, en la forma organizativa del proceso docente educativo de las Ciencias Médicas de la educación en el trabajo, en general y durante la presentación del caso y su discusión diagnóstica, en particular, se identifican los principios didácticos siguientes: carácter científico, sistematicidad, vinculación de la teoría con la práctica y de lo concreto y lo abstracto, asequibilidad, solidez de los conocimientos, carácter consciente y de la actividad independiente de los estudiantes, así como la vinculación de lo individual y lo colectivo, los que se reconocen por ser generales, esenciales, obligatorios y sistémicos.^{4,6,10,14} En esta actividad docente asistencial también se aplican las categorías pedagógicas fundamentales: objetivo, contenido, método y evaluación durante el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje a fin de contribuir a la realización de las diferentes funciones correspondientes al perfil profesional (asistenciales, docentes, investigativas y administrativas) que una vez integradas, no fusionadas, adquieren a su vez la connotación de componentes de dicho proceso.

Comentarios

Existe consenso en cuanto a considerar la discusión diagnóstica como el espacio dentro de la historia clínica donde se reflejan las consideraciones acerca de las posibles enfermedades de un paciente.⁴ No obstante hay tres aspectos polémicos

relacionados con el modelo escrito de discusión, la utilización de la información complementaria y algunas cuestiones con respecto al diagnóstico sindrómico.¹⁴

En cuanto al formato escrito, en el modelo tradicional procede plantear unas enfermedades y descartar otras, aunque algunos recomiendan sustituirlo por un enfoque probabilístico (cualitativo) de valorar distintas afecciones como responsables del estado del enfermo. Así mismo, estiman que no hay razón para realizar discusiones diagnósticas exclusivamente clínicas y abogan por integrar de forma coherente en el razonamiento médico, la información complementaria existente en el momento del análisis a partir de los hallazgos clínicos. Por otra parte, plantean que en algunas situaciones es de manera factible y válido transitar de forma directa del diagnóstico de síntomas o signos capitales al de la enfermedad, sin realizar la integración de éstos, previo, en el diagnóstico sindrómico que corresponda a pesar de la incuestionable función gnoseológica de este.

Los autores de este artículo en concordancia con otros,¹⁵⁻¹⁷ sostienen que para el proceso de enseñanza aprendizaje académico a partir del ciclo clínico de la carrera y que se continúa durante la residencia en el período de especialización, es decir, dentro de las etapas de pregrado y posgrado en la Educación Médica Superior, es necesario la utilización de esta modalidad de educación en el trabajo "en cascada" donde todos aprenden y enseñan a todos, por cuanto, es fundamental la observación de los pasos metodológicos tradicionales en los que se enmarca esta actividad. Por otra parte, no debe existir ninguna contradicción entre el método clínico⁴ (secuencia de interrogatorio, examen físico, posibles diagnósticos, pruebas confirmatorias y conducta a seguir) y los avances científico-técnicos para la realización del diagnóstico y tratamiento adecuados.^{5,11} Ambas deben complementarse si se obtiene una historia clínica con exactitud y se hace un uso juicioso y mesurado de la técnica médica, siguiendo los pasos que establece el método clínico.

No obstante, esta orientación no puede ser en modo alguno una "camisa de fuerza", atendiendo a que su aplicación asume un carácter dialéctico, permeada por los principios de la lógica y la razón, dado que existen situaciones puntuales durante el desarrollo de las funciones docente, asistencial, investigativa y administrativa que obligan a utilizar este modelo de forma más simplificada, habida cuenta, el proceso mental del diagnóstico frente al enfermo se realiza de una manera práctica-automática en la medida que el educando avanza en experiencias y aumenta su grado de competencia y desempeño profesionales, a partir de las particularidades de cada paciente, lo que reafirma una vez más el aforismo de que no existen enfermedades, si no enfermos.⁶

CONSIDERACIONES FINALES

La presentación del caso y su discusión diagnóstica constituye la modalidad de educación en el trabajo docente educativo asistencial por excelencia para la formación de los profesionales de la salud (durante el pregrado y el posgrado) en los centros de enseñanza médica superior: se fundamenta en la aplicación del método científico de las ciencias médicas y su interrelación con las categorías pedagógicas y principios didácticos fundamentales.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en cuanto al juicio científico, así como a las relaciones con los editores y revisores que afecten lo expuesto en el presente trabajo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Resolución No. 15. Reglamento para la organización del proceso docente educativo en los centros de educación médica superior. Cuba; 1988. [citado 14 Ene 2016];5-25. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/doc/sitios/pdvedado/reglam_org_pde.doc
2. Herrera Galiano A, Serra Valdés MA. El proceso diagnóstico y su enseñanza en la medicina. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2011 [citado 14 Ene 2016];10(1):126-34. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v10n1/rhcm171111.pdf>
3. Novoa López A, Conde Fernández B, Guardiola Brizuela R, Hernández Díaz MI, Navia Reyes I. Reflexiones acerca de la discusión diagnóstica en el aprendizaje de la Medicina. Gaceta Médica Espirituana. 2007 [citado 14 Ene 2016];9(3). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.%283%29_28/p28.html
4. Llanio Navarro R, Fernández Mirabal JE, Fernández Sacasas JA. Historia clínica. La mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. En: Propedéutica clínica y semiológica médica. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987. p. 78.
5. Arteaga Herrera J, Fernández Sacasas JA. El método clínico y el método científico. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, MediSur. 2010 [citado 14 Ene 2016];8(5):12-20. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098003>
6. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super. 2000 Ago [citado 2016 Jun 03];14(2):109-27. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412000000200001&lng=es
7. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. Cuba: Universidad de Ciencias Médicas de Cienfuegos, MediSur. 2012 [citado 14 abril 2016];10(1):39-46. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180023041006>
8. Iglesias Morell N, Hernández González M, Hidalgo García CR, Durán Matos M. Formación de valores a través de la educación en el trabajo. Revista Archivo Médico de Camagüey. 1998 [citado 14 abril 2016];2(2). Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/1998/v2n2/amc2%282%2903.htm>
9. Serra Valdés MA. Cómo aprender el proceso diagnóstico en medicina. Revista 16 de abril. 2011 [citado 14 abril 2016];244. Disponible en: http://www.16deabril.sld.cu/rev/244/proceso_diagnostico.html

10. Salas Perea RS, Salas Mainegra A. La educación en el trabajo y el individuo como principal recurso para el aprendizaje. Santa Clara: Rev EDUMECENTRO. ene.-abr. 2014 [citado 14 abril 2016];6(1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742014000100002
11. Corona Martínez LA. Los exámenes complementarios en la práctica médica asistencial. Algunas consideraciones útiles para el médico en formación. Medisur. 2010 [citado 29 Dic 2012];8(5). Disponible en:
<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1348/6086>
12. Vidal Ledo M, Fernández Sacasas JA. La enseñanza de la Clínica. Reflexiones sobre el tema. Educación Médica Superior. 2005 [citado 14 abril 2016];19(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol19_2_05/ems10205.pdf
13. Blanco Aspiazú MA, Oliva Torres L, Bosh Bayard RI, Méndez Rivero L, Suárez Bergado R. Evaluación del razonamiento. Educ Med Super. 2005 [citado 29 Dic 2012];19(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412005000400004&script=sci_arttext
14. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. Medisur. 2011 [citado 14 abril 2016];9(4). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2011000400010
15. Moreno Rodríguez MA. Crisis del método clínico. Ciudad de la Habana: Rev cubana med. abr-jun 1998 [citado 14 abril 2016];37(2):123-28. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75231998000200010&script=sci_arttext&tlng=pt
16. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Educ Med Super. 2000 [citado 14 abril 2016];(14)2:109-27. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412000000200001&script=sci_arttext
17. Cruz Hernández J, Hernández García P, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Revista Cub de Salud Pública. 2012 [citado 14 abril 2016];38(3):422-37. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662012000300009&script=sci_arttext

Recibido: 25 de septiembre de 2016.

Aprobado: 3 de octubre de 2016.

Zenén Rodríguez Fernández. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora". Santiago de Cuba, Cuba.

Correo electrónico: zenen@medired.scu.sld.cu