

Medicent Electrón. 2023 jul.-sept.;27(3)

Artículo Especial

## Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, cómo se hace, dónde lo enseñan?

Differential diagnosis: what is it, how is it done and where is it taught?

Gerardo Álvarez Álvarez<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3066-8223>

Jesús Isaac de Armas Prado<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-3541-5241>

Otoniel Luna Febles<sup>2</sup> <https://orcid.org/0009-0006-9662-9576>

Norma Hernández García<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0001-8603-230X>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milán Castro». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

<sup>2</sup>Policlínico Universitario «Abel Santamaría Cuadrado». Encrucijada, Villa Clara. Cuba.

<sup>3</sup>Hospital Psiquiátrico Provincial Docente «Dr. Luis San Juan Pérez». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

\* Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [gerardoaa@nauta.cu](mailto:gerardoaa@nauta.cu)

## RESUMEN

El diagnóstico es la piedra angular de la medicina individual, por tanto, dominarlo y conocerlo es esencial para todo médico al indagar en el estado de salud y patológico de los pacientes. Los profesionales de la salud deben dedicar todos sus esfuerzos a su realización, siempre que disponga de los elementos y medios necesarios, tanto teóricos como prácticos, para la correcta utilización del método clínico, elemento esencial del diagnóstico diferencial. En este artículo se abordan los aspectos más relevantes que intervienen en la realización del diagnóstico de los pacientes; se enfatiza en los pasos necesarios para efectuar un verdadero diagnóstico diferencial que posibilite la decantación de las posibilidades etiológicas del cuadro clínico del enfermo. A través de la correcta aplicación del método clínico es posible la aproximación al diagnóstico clínico definitivo del paciente.

**DeCS:** diagnóstico diferencial; diagnóstico clínico.

## ABSTRACT

Diagnosis is the cornerstone of individual medicine, therefore, mastering it and knowing it is essential for every doctor when inquiring into the health and pathological status of patients. Health professionals must dedicate all their efforts to its realization as long as they have the necessary elements and means, both theoretical and practical, for the correct use of the clinical method, which is an essential element of differential diagnosis. This article addresses the most relevant aspects involved in carrying out patient's diagnosis; emphasis is placed on the necessary steps to carry out a true differential diagnosis that makes it possible to decant the etiological possibilities of the patient's clinical manifestations. It is possible to approach the definitive clinical diagnosis of the patient through the correct application of the clinical method.

**MeSH:** diagnosis, differential; clinical diagnosis.



Recibido: 23/06/2022

Aprobado: 19/12/2022

## INTRODUCCIÓN

“... el pensar bien no interesa solamente a los filósofos,  
sino a las personas más sencillas”.

Domerque

Para poder realizar la labor médica, en el orden clínico, es necesario indagar en el estado de salud y patológico de los pacientes. Para ello, es premisa fundamental conocer, tanto la salud como la enfermedad; esto se realiza mediante un procedimiento denominado diagnóstico, elemento esencial para poder iniciar una serie de estrategias que permitan recuperar a aquellos enfermos su estado hígido o al menos, la regresión, lo más intenso posible, de las alteraciones clínicas que les ha ocasionado un proceso morboso. Para lograr tales objetivos, constituye un paso vital en la transición para alcanzar el diagnóstico, el dominio del diagnóstico diferencial.<sup>(1)</sup>

El diagnóstico diferencial (DD) es uno de los ejercicios médicos más importantes e interesantes, y en muchas ocasiones es complejo y difícil de lograr. Hacer un diagnóstico en medicina para conocer la enfermedad del paciente, es considerado parte fundamental en el manejo de estos: de su correcta y certera hipótesis dependerá la pertinencia del tratamiento a imponer.<sup>(2)</sup> Lamentablemente, en las escuelas de medicina, en los programas de asignaturas como propedéutica clínica o medicina interna (por citar dos relevantes), no se contemplan los mecanismos que debe utilizar el educando para realizar satisfactoriamente dicho ejercicio de razonamiento clínico. Los estudiantes, aun cuando se discuten casos



en el orden clínico o quizás epidemiológicos, observan como este procedimiento es realizado por internos, residentes o especialistas y profesores. El DD es el proceso más trascendente del ejercicio médico; posibilita aproximarse al conocimiento de la enfermedad mediante el diagnóstico certero, paso imprescindible para imponer una terapéutica correcta. Es imposible tratar lo que no se conoce.<sup>(3)</sup>

Según señala Espinosa Brito<sup>(4)</sup> en uno de sus trabajos científicos más relevantes sobre el método clínico (retomando lo expresado por Mark Graber, fundador y presidente de la *Society to Improve Diagnosis in Medicine*), el diagnóstico es una de las tareas más difíciles y complejas de la atención médica. Hay más de 10 000 diagnósticos potenciales, miles de exámenes complementarios y los síntomas de cada diagnóstico varían de persona a persona. Más aún, los sistemas de salud son altamente complejos, lo que contribuye adicionalmente a mayores problemas en el logro exitoso de la coordinación de la atención médica en el proceso diagnóstico. El problema diagnóstico está situado en el área de lo desconocido y de la incertidumbre, no en el área de lo conocido y la certeza.<sup>(5)</sup>

En este trabajo se abordan aspectos necesarios para poder realizar dicho ejercicio y se precisan algunos elementos conceptuales, de notable importancia e interés.

## DESARROLLO

Se realizó una revisión actualizada, pertinente y exhaustiva, sobre los diferentes factores que influyen en que los médicos puedan realizar un ejercicio, tan importante, como el razonamiento médico que conduce al diagnóstico, el cual debe transitar por el momento previo de ejercitación mental que constituye el diagnóstico diferencial. Esta práctica no se enseña en el currículo académico, de ahí que el estudiante vaya ejercitándose y apropiándose de él, en sus rotaciones por las áreas clínicas. La correcta aplicación de estos ejercicios médicos posibilita



que la labor del médico sea mucho más eficiente, adecuada, correcta y coherente con el esquema terapéutico que pretende imponer y el pronóstico que debe ofrecer.

Para poder analizar una situación tan compleja, entre varios aspectos inherentes al proceso diagnóstico, es imprescindible conocer: ¿Cómo el profesional de la salud ejercita y ejecuta su razonamiento clínico? ¿Cuáles son los mecanismos y problemas del razonamiento médico? Para lograrlo se precisa de la conformación del pensamiento médico. El pensamiento es una acción sujeta a reglas, plagada de cortocircuitos automáticos, de estereotipos, del que raramente se toma conciencia. No es habitual que los médicos expliciten cómo piensan; la pauta reflexiva imprescindible para sacar a la luz las formas de su razonamiento, formular hipótesis, extraer conclusiones, suelen no estar en la agenda habitual del galeno.<sup>(6)</sup>

Un fallo cognitivo frecuente en el pensamiento es no saber que no se sabe; esto provoca que el médico considere el diagnóstico realizado como apropiado o que tomó la decisión correcta, cuando no es así. Esto acontece, porque hay ausencia del deseo y capacidad de reflexión sobre el proceso del pensamiento y de examinar críticamente el juicio clínico emitido antes de tomar las decisiones. Debe significarse, que los diagnósticos fallidos, mayormente, no ocurren en enfermedades graves sino en las más comunes.

Diversos mecanismos están involucrados en los fallos cognitivos, principalmente en los complejos, mediante los cuales el cerebro recibe y procesa la información. Los psicólogos especializados en cognición han aportado grandes contribuciones, tales como: la vulnerabilidad de la mente a los sesgos cognitivos, las falacias en el pensamiento lógico, las falsas presunciones y otros dislates del razonamiento. Se ha comprobado, que el pensamiento humano es defectuoso en varias acciones ejecutadas cotidianamente.

Los dos modos principales en este mecanismo se denominan en el lenguaje habitual: automático y controlado, o «intuitivo» y «analítico». El proceso intuitivo



es innato, evoluciona a través de la experiencia y requiere escaso razonamiento porque mayormente es reflejo y automático. También es subconsciente y rápido, lo cual permite realizar gran parte de las acciones diarias en todos los campos de la actividad humana. En general, en la vida se avanza de una de las asociaciones del modo intuitivo a la siguiente, en una sucesión de patrones de acción en su mayor parte, mecánicos.

Los profesionales de la salud, debían involucrarse más en la denominada metacognición (procesos de reflexión sobre su propio pensamiento), con la convicción de que se van a apropiar, en parte, de su deficiente utilización de la heurística (mecanismo de la indagación, elemento cardinal en la atención a pacientes y en la confección de sus expedientes clínicos), con lo cual se comienza a construir el juicio médico, obviamente, mediante la correcta utilización o aplicación del método clínico. Es importante mencionar, que muchos profesionales de la salud no conocen sus limitaciones, ni reflexionan o evalúan, sistemáticamente, aspectos sobre sus decisiones; esto sucede, en primer orden, porque no han sido entrenados en ello, ni han cultivado en el desarrollo de su carrera el pensamiento crítico que los lleve a la reflexión profunda de sus acciones y actuaciones.<sup>(7,8)</sup>

Para el profesional de la medicina, la metacognición es importante en extremo; se define como el conocimiento sobre el conocimiento, referido a tres campos primordiales: la persona, la tarea y las estrategias; es, por tanto, un conocimiento de segundo grado, cuyo objeto es el propio conocimiento; la metacognición se implica en el control y la regulación de los procesos de conocimiento y en el caso de la medicina, sobre el proceso arduo, a veces, y siempre complejo de la toma de decisiones clínicas, diagnósticas o terapéuticas. La metacognición, puede incidir en la modificabilidad cognitiva; es decir, en la forma en que el sujeto adapta su actividad cognitiva a las demandas de la tarea, a las condiciones del ambiente en el que debe desarrollarla, a la situación personal e histórica del propio sujeto y



al empleo adecuado de las estrategias con las cuales puede afrontar el problema; en el caso que ocupa: realizar el diagnóstico médico certero.<sup>(9,10)</sup>

La enseñanza de los distintos mecanismos involucrados en el proceso del razonamiento médico, así como sus potenciales problemas, es heterogénea y poco sistematizada. En los últimos 35 años se ha ido consolidando gran cantidad de información referida a los distintos procesos psicológicos involucrados en aspectos relevantes de la denominada psicología cognitiva del razonamiento médico.

Para el proceso diagnóstico se ponen en marcha numerosos mecanismos mentales, la mayoría de ellos involuntarios, que permiten acercarse a la enfermedad subyacente que tiene el paciente. Durante la carrera de medicina se enseñan diversos aspectos de la salud y la enfermedad y, durante el ejercicio profesional, con el transcurso del tiempo, se incorpora la experiencia. Sin embargo, hay muchas situaciones en las cuales los pacientes se presentan en condiciones ambientales difíciles (urgencia), con síntomas escasos, atípicos o con alteraciones psicológicas, para las cuales, en ocasiones, el profesional no está en plenitud de facultades por disímiles motivos. Ante esta situación, la capacidad de diagnóstico disminuye y la interpretación de las situaciones clínicas es más difícil. Es preciso tomar en consideración que, el proceso de razonamiento diagnóstico sucede mediante el conocido modelo de razonamiento dual, al participar dos sistemas en este proceso. El denominado sistema 1 de respuesta, es automático e inconsciente; se caracteriza por ser un mecanismo de respuesta rápido, reflejo, no lineal e influido por el medio, en el cual, al detectar un evento clínico genera respuestas inmediatas no conscientes y no logra una larga racionalización de los mecanismos y causas, ejemplo: la parada cardiorrespiratoria. El sistema 2, por otra parte, es racional y analítico, lento, consumidor de tiempo y recursos, lineal y reflexivo; se involucra en el proceso de racionalización del diagnóstico diferencial. Como ejemplo, se puede presentar ante el desafío diagnóstico que le



impone al médico, la presencia de un Síndrome febril de origen desconocido, para encontrar su causa.<sup>(11,12,13)</sup>

Ambos sistemas conviven y se retroalimentan, de manera que el sistema 1 puede ser manejado y controlado por el sistema 2, si se detectase algún mal funcionamiento del primero. De esta forma, el proceso de hacer un diagnóstico es una interrelación de ambos sistemas en el cual interactúan el conocimiento, las emociones, el medio ambiente y la urgencia del diagnóstico.

El primer paso del proceso diagnóstico se basa en el conocimiento que se tenga del problema a resolver, la experiencia acumulada y otras series de factores contextuales; es siempre, la adquisición de información. Esta información incluye la que se recoge en la anamnesis, los hallazgos de la exploración física o datos de laboratorio y técnicas de imagen, con los elementos primordiales y básicos de la aplicación del método clínico.<sup>(14,15)</sup>

Para ello, es necesario organizar el pensamiento del trabajo médico. El diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un «cuadro clínico», destinado a definir la enfermedad que afecta a un paciente. Para ello, los profesionales de la salud disponen de un elemento esencial y básico para el desarrollo de su actividad: el método clínico. Este deriva del método científico y como todo método, ofrece de una manera coherente y organizada, los diferentes pasos que se deben seguir para alcanzar el objetivo que se persigue: poder realizar un diagnóstico de certeza que posibilite tomar las acciones necesarias para restituir a la normalidad o al estado previo, al enfermo que se esté atendiendo.<sup>(14)</sup>

Es preciso considerar, que este método no debe violarse, algo que sucede con extrema frecuencia, por ejemplo: cuando el médico le indica al paciente una batería de exámenes complementarios sin tener un diagnóstico o haber realizado una correcta y profunda evaluación clínica del paciente que asiste. En muchas ocasiones, el médico trabaja con dos métodos similares: el clínico y el epidemiológico; en ellos solo cambia el objeto de estudio. En el primero se





estudian las particularidades del enfermo, mientras, para el epidemiológico, el objeto serán los problemas de salud y enfermedades de las colectividades humanas. Para conocer la enfermedad, hay que recurrir a un binomio opuesto: la relación salud-enfermedad.<sup>(15)</sup>

A continuación se exponen los elementos básicos del método clínico, simplificado y expresado por Selman Houssein-Abdo.<sup>(16)</sup>

- ✓ Interrogatorio
- ✓ Examen físico
- ✓ Diagnósticos posibles (hipótesis diagnósticas, diagnóstico diferencial)
- ✓ Pruebas y exámenes complementarios para corroborar el diagnóstico
- ✓ Conducta a seguir con los pacientes: terapéutica general y específica.

En la llamada inferencia tradicional inductiva-deductiva (solo apoyada en los síntomas y signos físicos obtenidos por el interrogatorio y el examen físico), el médico se ejercita para realizar el diagnóstico a partir del cuadro clínico del paciente, a través del procesamiento mental del clínico, sin el apoyo de los exámenes complementarios. Después de este razonamiento intermediario de identificación de las posibles hipótesis diagnósticas, mediante el diagnóstico diferencial, el médico adecua el estudio exploratorio mediante los exámenes complementarios.<sup>(3)</sup>

El diagnóstico es un proceso inferencial, realizado a partir de un "cuadro clínico", destinado a definir la enfermedad que afecta al paciente. En la práctica clínica, gran parte del tiempo se utiliza en hacer diagnósticos, para definir qué tiene el paciente. Quienes acuden a una consulta por primera vez, el que ingresa de urgencia o se complica estando hospitalizado, necesitan un diagnóstico confiable que posibilite adoptar conductas terapéuticas concordantes, y para comunicarles al paciente y a su familia, el pronóstico asociado a la condición diagnosticada. El diagnóstico es un elemento fundamental en la cadena de actividades que implica



una buena atención médica. Si este es incorrecto, con mucha probabilidad llevará a conductas o decisiones erróneas, no exentas de riesgo.<sup>(2)</sup>

Para la búsqueda del diagnóstico son reconocidos cuatro métodos o variantes.<sup>(14,17)</sup> Estas variantes son: intuitivo, inductivo, diferencial e hipotético.

✓ Diagnóstico intuitivo (ojo clínico): Este tipo de diagnóstico no es una “adivinación”; es un rápido reconocimiento de patrones, conocido también como “diagnóstico directo”, para el cual son esenciales la experiencia y una elevada capacidad de asociación rápida entre el cuadro del paciente y lo que se tiene en la memoria. Es el llamado “ojo clínico” y, para ello, se requiere de vasta sabiduría en el orden práctico, y se utiliza sobre todo, el sistema 1 de razonamiento.

✓ Diagnóstico inductivo (raciocinio): La inducción se expresa por medio del razonamiento para valorar manifestaciones particulares (síntomas y signos), con el propósito de elaborar un juicio generalizador sobre la enfermedad del paciente (este va de lo particular o de los hechos singulares a las generalizaciones). El método clínico no es puramente inductivo, sino, inductivo-deductivo, en interacción dialéctica; en el razonamiento diagnóstico se pasa de lo concreto (el paciente) a lo abstracto (las enfermedades a considerar), para regresar de nuevo a lo concreto-pensado (la enfermedad del paciente). Ejemplo de ello: los profesionales médicos y científicos de la medicina pudieron desentrañar al VIH-SIDA, entidad novedosa que nunca habían constatado previamente. Existe un franco predominio del sistema 2 de razonamiento médico.

✓ Diagnóstico diferencial (por comparación o contrastación): Este consiste en la comparación de forma simplificada; un procedimiento mental que permite establecer similitudes y diferencias entre objetos en cuanto a sus cualidades, características y propiedades. Aplicado este concepto al objeto de estudio (el razonamiento o juicio clínico), el diagnóstico por comparación es el proceso de búsqueda o identificación de similitudes y diferencias entre el cuadro clínico del paciente y las representaciones mentales (modelos teóricos) que el médico ha construido de las diversas afecciones con las cuales puede estar en relación el



contexto clínico del paciente. La identificación de un síntoma predominante, de uno o más síndromes, se convierte en el elemento vinculante entre el contexto clínico del paciente y aquellas afecciones con las cuales se compara dicho contexto, pues este síntoma o síndrome determinará qué enfermedades serán utilizadas en el proceso de comparación y cuáles no. Constituye el verdadero diagnóstico diferencial en la clínica práctica y requiere sobre todo del sistema 2 de razonamiento médico.

✓ Diagnóstico hipotético (terapéutico o de Hufeland) o por hipótesis: intenta confirmar el diagnóstico presuntivo mediante la respuesta a un tratamiento indicado, dada la imposibilidad de lograr la confirmación por otros medios (complementarios). En realidad, en la práctica, muchos diagnósticos son asumidos en calidad de hipótesis y, como tal, manejados terapéuticamente: gripe, migraña, gastroenteritis aguda, a veces, tuberculosis pulmonar. Diferente es la situación de afecciones que requieren para su solución, tratamientos muy específicos o riesgosos, por lo que se hace necesario reducir al máximo posible la incertidumbre diagnóstica. Pueden ser utilizados, tanto el sistema 1 como el 2 del razonamiento médico, los que pudieran imbricarse y complementarse.

Al diagnóstico diferencial de las entidades nosológicas corresponde la eliminación razonada (diagnóstico por contrastación) de aquellas entidades que constituyen etiologías dentro del síndrome o los síndromes planteados, y se deja para el final o siguiente paso, aquella que nos impresiona o justifiquen el cuadro clínico del paciente que se analiza. O sea, qué se parece pero no es, porque existe algún o algunos elementos fundamentales que la excluyen. Se trata de excluir entidades que pueden confundirse con el cuadro del paciente. Esta es quizás la parte más importante de la discusión diagnóstica; en ella tienen valor algunos datos recogidos en la historia clínica del paciente: antecedentes patológicos, operaciones anteriores, alergia a medicamentos, elementos epidemiológicos, ocupación, sexo, raza, interrogatorio por aparatos, síntomas que son propios de



algunas entidades, elementos negativos, que puede ayudar en la eliminación de algunas afecciones.<sup>(3)</sup>

Existe una serie de factores necesarios previos a la emisión de un diagnóstico diferencial. En primer lugar, el proceso que se inicia no es unilateral, y requiere sensibilidad y responsabilidades de ambas partes (profesional y paciente). El médico debe aportar la máxima pericia clínica posible, la cual es la conjunción de la experiencia médica (fruto al que se llega después de una práctica activa que consume tiempo y esfuerzo), con las capacidades cognitivas, aptitudinales y actitudinales apropiadas a la misión a desempeñar: definir la problemática, buscar y ejecutar las mejores soluciones posibles.<sup>(17)</sup>

El diagnóstico clínico requiere tener en cuenta, los dos aspectos de la lógica; es decir, el análisis y la síntesis, utilizando diversas herramientas como la anamnesis, la historia clínica, exploración física y por último, las exploraciones complementarias utilizadas para afirmar o negar aquella hipótesis diagnóstica inicial.<sup>(18)</sup> Cuanto más vasto sea el conocimiento teórico y mayor el número de experiencias con pacientes diferentes vistos en el ejercicio profesional, tanto mayor será la posibilidad de hacer diagnósticos correctos. No se diagnostica lo que no se piensa o aquello que se desconoce, o se diagnostica con dificultad aquello que se ha visto en contadas ocasiones.<sup>(17)</sup>

Cabe preguntar: ¿Cuántas hipótesis diagnósticas se deben elaborar en la mente del médico, al concluir el examen de un paciente o al realizar el análisis de todos los datos obtenidos? Nunca debe realizarse un número excesivo de ellas; según el profesor Rodríguez Rivera, estas deben oscilar entre dos o tres; Corral considera que habitualmente varían entre cuatro y cinco, y según Kassirer, nunca deben ser superior a siete.<sup>(18,19,20,21,22)</sup> Estas son entidades nosológicas a descartar, pero en el caso de los síndromes, es necesario tomar en cuenta que "constituyen el conjunto de síntomas y signos que el médico identifica, agrupa y considera que pertenecen a determinado síndrome y no a otro, tomando cuidado en reconocer que dicho síndrome puede obedecer a variadas y múltiples



entidades nosológicas", siendo un hecho que lo diferencia, pues esta última obedece a una sola causa. Es prudente tomar en consideración, que existen síndromes abarcadores globales, que involucran a otro conjunto de síndromes de menor jerarquía o categoría, nombrados "síndromes sombrillas", como en la insuficiencia cardiaca o en la insuficiencia renal crónica.

Ante estas situaciones: ¿Cuándo se utiliza la tecnología y los medios diagnósticos? Los medios auxiliares diagnósticos, toda la gama de exámenes de laboratorio o los aportados por la tecnología médica, se utilizan después del ejercicio diagnóstico clínico, o sea, posterior al ejercicio del diagnóstico diferencial, aportando un juicio de certeza que se necesita confirmar o descartar.

No hay contradicciones entre la clínica y el laboratorio. El uso inteligente y racional de los análisis complementarios no crea ningún problema. El laboratorio (la tecnología) no está fuera, sino dentro del método clínico. La tecnología desempeña un papel muy importante y muchas veces decisivo en el diagnóstico, porque es capaz de poner en evidencia situaciones donde no llega la sensibilidad de la clínica.<sup>(23)</sup> Los avances tecnológicos de los métodos auxiliares de diagnóstico apoyan el desarrollo de la medicina; enriquecen el pensamiento médico, propician el desarrollo de la clínica sin sustituir ni doblegar su inteligencia y valores éticos, garantizan la confiabilidad de su diagnóstico y el buen ejercicio de una medicina libre de restricciones del pensamiento, ni influenciada por facilismos de tecnologías de avanzada que facilita el trabajo, pero no rempazan las habilidades de un profesional bien entrenado.<sup>(23)</sup>

La clínica, como toda forma de conocimiento de la realidad, tiene un límite de sensibilidad, influenciado además, por la posibilidad del error humano, el entrenamiento profesional y la habilidad para establecer una relación médico/paciente que permita que aflore todo tipo de información, por insignificante que esta parezca. El ejercicio de la clínica permite conocer mucho, pero no conocerlo todo. No se trata, por tanto, de crear una antítesis entre ambos procederes: no se puede convertir la relación médico paciente en médico-aparato, ni médico-



componente bioquímico de la sangre, ni médico-excretas, es necesario el pensamiento clínico que haga un uso racional y justificado de estos elementos.<sup>(22,23)</sup>

## CONCLUSIONES

En el presente artículo se han revisado algunos de los aspectos básicos y esenciales para poder ejercer con eficiencia el trabajo médico, considerando que el diagnóstico es la piedra angular de la medicina individual, por tanto, dominarlo y conocerlo tiene que ser la finalidad esencial de todo médico, a él se dedican todos los esfuerzos por los profesionales de la salud, recordando que tanto mejor médico será, quien esté apto para realizarlo, siempre que disponga de los elementos y medios necesarios, tanto en los aspectos teóricos como prácticos, así como la correcta utilización del método clínico que constituye la base o elemento esencial para poder efectuar el diagnóstico diferencial.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Álvarez Álvarez G, Monteagudo Lima L, Hernández Gómez N. Enfermedades asintomáticas o diagnósticos incipientes. Medicent Electrón. 2022;26(4):884-96.
- 2.- Capurro D, Gabriel Rada G. El proceso diagnóstico. Rev Méd Chile. 2007;135(4):534-38.
- 3.- Carvajal C. El impacto del diagnóstico médico como experiencia traumática. Algunas consideraciones. Rev Med Clin Condes. 2017; 28(6):841-48
- 4.- Espinosa Brito AD. Protagonismo del médico clínico en el diagnóstico. Rev Cubana Med. 2016;55(1):1-5.
- 5.- Rodríguez de Castro F, Carrillo-Díaz T, Freixinet-Gilart J, Julia-Serda G. Razonamiento Clínico. FEM. 2017;20(4):149-60.



- 6.- Álvarez Álvarez, G. El error en medicina. *Medicent Electrón*. 2019 jul.-sep.;23(3):249-60.
- 7.- Ceriani Cernadas JM. Errores de diagnóstico en la práctica médica. *Arch Argent Pediatr* [internet]. 2015 [citado 10 ene. 2017];113(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en:  
<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2015/v113n3a01.pdf>
- 8.- Villanueva Barreto J. Las diferentes maneras de ser racional: Doxa y Episteme en la fenomenología de Husserl. *La Lámpara de Diógenes. Rev de Filosofía*. 2006;12,13:114-25.
9. Jiménez Rodríguez M, Gómez Bahonda D, Herrera Rojas A, García Ramos P. La importancia del diagnóstico diferencial en Atención Primaria. *Med Gen Fam* 2022;11(5): 237-39.
10. Zapata Ospina JP, Zamudia Burbano MA. Razonamiento clínico en Medicina: un recorrido histórico. *Iatreia*. 2021;34(3):232-40.
11. Osses Bustingorry S, Jaramillo Mora S. Metacognición: un camino para aprender a aprender. *Estud Pedagóg*. 2008;34(1):187-97.
12. Leyva Vásquez N, González Benítez N, Hechavarría Hernández J, Rivero Peña Y, Daher Nader JE. El diagnóstico de enfermedades desde el análisis inteligente de los datos. *Rev ESPACIOS*. 2018;39(28):16.
13. Gallo A De La Cruz-Vargas, JA. Medicina de precisión: El futuro de la medicina. *Rev Fac Med Hum*. 2018;18(2):11-12.
14. Cruz Aranda JE. ¿Cómo se construye el razonamiento clínico? *Med Int Méx*. 2018;34(6):829-32.
15. Coronado Hurtado, T. Diagnóstico Médico. *Biociencias*. 2016;11(1): 69-73.
16. Selman-Housein AE. El método clínico. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico Técnica. 2002:10-45.
17. Losada GJL, Hernández NEV, Salvat QM. Evolución histórica del razonamiento clínico. *MediSan*. 2019;23(06): V64-V80.
18. Kreibohn P. Tres pandemias en la historia. *Historia*. 2020;58:289-94.



19. Vicente Odio EF, Almaguer Delgado AJ, García Rodríguez RE. Consideraciones de la enseñanza del método clínico en la formación médica superior. Educ Méd Sup. 2015;29(1):182-90.
20. Monteiro SM, Norman G. Diagnostic reasoning where we've been, where we're going. Teach Learn Med. 2013;25(s1):s26-32
21. Arana Navarro T, Galbe Sánchez V. Razonamiento clínico: razonar sobre nuestros casos, una propuesta docente para nuestros centros. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 319-27.
22. López Jordi MC, Gómez A. El razonamiento clínico con enfoque didáctico. InterCambios. 2020;7(2):16-25.
23. Guillen León LA, Campos Sánchez CM, Acosta Escanaverino I. Consideraciones acerca de la crisis del método clínico ante el desarrollo tecnológico. FEM. 2021;24(5):271-73.

### **Conflictos de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

