

El proceso de diagnóstico: una práctica médica segura

The diagnosis process: a safe medical practice

Dr. José Jesús Miranda Folch,^I Dr. Junior Vega Jiménez,^{II} Dra. Dailín Mirabal Izquierdo,^{III} Dra. Dalía García Cuervo,^{IV} Lic. Aurelia Trenzado Mendoza,^V Lic. Lycet Bravo Romero^{IV}

^I Comunitario Docente Marcos Martí. Matanzas, Cuba.

^{II} Policlínico Comunitario Manuel Piti Fajardo. Matanzas, Cuba.

^{III} Policlínico Universitario Héroes del Moncada. Matanzas, Cuba.

^{IV} Hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Matanzas, Cuba.

^V Filial de Ciencias Médicas Gabriela Arias. Cárdenas. Matanzas, Cuba.

RESUMEN

El proceso de diagnóstico o método clínico no es más que la aplicación de preceptos científicos en la atención de pacientes, usuarios o agentes de salud para determinar la veracidad en la práctica profesional sanitaria; términos todos que adquieren significado de extraordinaria relevancia en la actualidad. El avance tecnocientífico ha propiciado considerables adelantos en los conocimientos; pero, durante su tránsito, se afecta también el proceso salud-enfermedad, por lo que conocimientos, habilidades y actos humanitarios son las bases de actuación con seguridad sobre las personas en un Sistema Nacional de Salud.

Palabras clave: proceso de diagnóstico, seguridad, agente de salud.

ABSTRACT

The diagnosis process or clinical method is the application of scientific precepts in attending patients, users or health agents to determine the veracity in the health professional practice; all of them are terms acquiring an extraordinarily relevant meaning nowadays. The techno-scientific advance has favored significant progresses in knowledge. But during its stages, the health-disease process is

affected; therefore, knowledge, skills and humanitarian acts are the bases of safe acting over persons in the National Health System.

Key words: diagnosis process, security, health agent.

INTRODUCCIÓN

Cuando se realiza el diagnóstico clínico se identifican enfermedades en la individualidad del paciente que se asiste, ya que enfermo y enfermedad existen, por tanto, en una unidad dialéctica, profundamente contradictoria. Se ha dicho, sin embargo, en muchas ocasiones, que no hay enfermedades, sino enfermos y, en otras, que no hay enfermos, sino enfermedades. Muchos profesionales del Ministerio de Salud Pública, desde el punto de vista de los autores, tienen pensamientos erróneos, ya que, apoyándose en lo que expresara alguna vez Ilizástigui Dupuy: "el enfermo y las enfermedades tienen una existencia objetiva, independientemente de nuestra conciencia. La enfermedad expresa lo universal del equilibrio hombre ambiente y exclusivamente en forma singular a través de los pacientes que las padecen".^(1,2)

La Revolución Científico Técnica a finales del siglo XIX y hasta la fecha, muestra los adelantos del conocimiento y pensamiento humanos que no dejan fuera al proceso salud enfermedad; no obstante, en muchos países del mundo los profesionales de la salud están dedicando poco tiempo al problema real de su paciente sin brindar la atención calificada competente. Esta forma de actuar ha llevado a que paulatinamente se haya abandonado el método clínico y la seguridad del usuario en salud, base fundamental en la atención profesional sanitaria.

Brindando una explicación con evidencia estadística, los autores encontraron que a principios de 2002 Selman Housein señala trabajos realizados por la Comisión Auditora del Servicio Nacional de Salud de Gran Bretaña, donde se reportaron, en un período de 10 años, 1 200 muertes atribuidas al error médico. En Japón, el Ministerio de Salud Pública hallaron, en 82 hospitales, con alta tecnología de aplicación en estos, que se produjeron 15 003 accidentes médicos, de los cuales 39 % tuvieron severas consecuencias para los pacientes. Entre dichos desenlaces estuvo la muerte.⁽³⁾

Narey Ramos refiere: "[...] se han realizado estudios también en Cuba de las consecuencias de la atención médica relacionada con procesos adversos, los que han revelado la no correlación diagnóstica clínico patológica y errores diagnósticos por fallos en el interrogatorio (anamnesis) entre otros".⁽⁴⁾ Además, apunta a otras investigaciones que prueban la posibilidad de la prevención del error médico.

¿Cómo es posible esto en Cuba si la tasa de habitantes por médico es de 130, 76,6 médicos por 10 000 habitantes, y la de habitantes por estomatólogo, 671, o sea, 14,9 estomatólogos por cada 10 000 habitantes? Existen 152 hospitales: el 18 % tiene 400 o más camas; el 62 %, entre 100 y 399 camas; y un 20 %, con menos de 99 camas. El Sistema Nacional de Salud dispone de 113 salas de terapia intensiva, 451 policlínicos, 111 clínicas estomatológicas, 138 hogares maternos, 13 institutos de investigación, 732 bibliotecas médicas, 143 hogares de ancianos, 247

casas de abuelos, 44 servicios de geriatría y 30 hogares de impedidos. Existen servicios de rehabilitación integral en todos los niveles de atención, con 420 salas en la atención primaria en salud. Todos estos recursos están actualmente en función de controlar los efectos que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles y las transmisibles, a través de los programas respectivos, para disminuir, entre otros, la tasa de mortalidad por las primeras, que ya es de 712,4 por cada 100 000 habitantes (Matanzas con 753,3 por 100 000 habitantes, en el segundo, lugar después de Villa Clara), con el cáncer en 122,4 por cada 100 000 habitantes (principal causa de muerte).⁽⁵⁾

Cuando el médico consulta a un paciente que aqueja un conjunto de síntomas, debe utilizar sus conocimientos teóricos, sus habilidades y técnicas y sus aptitudes personales para obtener el máximo de información, que le servirán para elaborar una hipótesis diagnóstica. Esto significa que mediante el método científico obtiene toda la información que necesitará para hacer un juicio o análisis de los resultados y elaborar conclusiones que confirman o niegan las conjeturas antes de aventurarse en la indicación a ciegas de medios diagnósticos, a veces invasivos. La información básica o dato primario es fundamental para los pasos posteriores, en la aplicación del proceder, ya que la exclusión, la distorsión de la información o la modificación de sus dimensiones conducen a un análisis y juicios erróneos entre el profesional asistencial y cliente (paciente o agente de salud). Del éxito de esta relación médico paciente dependen todos los resultados posteriores. Por eso se dice que la interacción entre estos dos protagonistas sigue siendo el núcleo de la medicina.

Es a raíz de los años setenta que el surgimiento de la bioética acrecentó la necesidad de una regulación periódica de los principios éticos mediante normas de obligatorio cumplimiento que, a su vez, fortalecen y sistematizan estas formulaciones (teorías utilitaristas y deontológicas).⁽⁶⁻⁸⁾

El presente trabajo constituye un acercamiento sobre la reflexión que debe primar en cuanto a la necesidad que tienen los profesionales de la salud de aplicar el método clínico antes de tomar cualquier decisión en cuanto a investigaciones y tratamiento posterior en cada enfermo. Su propósito fundamental es contribuir, a través de elementos no creados, a la dinámica del método clínico, para aumentar la veracidad y seguridad del estado de protección de la población con la integración de los aspectos bioéticos desde el nivel primario hasta el terciario.

Fundamentación de la propuesta:

Todo enfermo le imprime a su afección una individualidad manifestada en la realidad objetiva, donde están involucrados varios factores tales como: procesos orgánicos, herencia, constitución, edad, sexo, raza, estado inmunológico, nutrición, padecimientos previos, así como elementos medio ambientales en los cuales no está excluida la conciencia social como señala Madelaine Leininger,⁽⁹⁾ (enfermería transcultural): trabajo, religión, familia, moralidad y otras categorías sorprendentes e impredecibles.

Un estudio realizado por Moreno Rodríguez en el Hospital Militar Dr. Carlos Juan Finlay a internos durante su rotación por Medicina Interna, mostró deficiencias en la entrevista médica como aspecto del método clínico, divididas en: 29,6 % con errores en la historia de la enfermedad actual, 20 % al tipo de preguntas y 50,4 % sobre aspectos generales.⁽¹⁰⁾ Miranda Folch y Trenzado Mendoza,⁽¹¹⁾ durante la impartición de actividades docentes, en ciertos centros de Educación Médica Superior, aplicaron los métodos investigativos encuesta y observación directa al 100 % (8 médicos docentes y con actividades asistenciales), donde se evidenció la falta de exigencia y la poca insistencia sobre los educandos en la aplicación del

método clínico y su importancia. Se tuvo en cuenta el consentimiento informado de los participantes en este estudio, y se les informó que los datos obtenidos serían utilizados con fines investigativos, por lo que se respetó en todo momento la confidencialidad de la información. ¿Acaso estos resultados tienen una explicación pertinente? Esto denota, a juicio de los autores, que existe poco aprovechamiento del trabajo independiente por parte de los educandos que deben consolidar y aplicar conocimientos adquiridos en el pregrado y postgrado, acordes con el modelo del especialista según programas aprobados.⁽¹²⁻¹⁴⁾

Beneficios, a consideración de los autores, que aportarían en caso contrario: el educando y el profesor podrán lograr el dominio de elementos teóricos y prácticos que le permitan obrar con científicidad, habilidades y humanismo a través de un proceso activo y controlado del aprendizaje del proceso del diagnóstico, como base fundamental de la atención médica individual durante las actividades del proceso pedagógico como lo es la educación en el trabajo, con protección y seguridad: finalidad primordial del ejercicio de las Ciencias Médicas en Cuba.

DESARROLLO

El trabajo del personal de salud está dirigido a garantizar el estado de salud de la población y, en consecuencia, incrementar la esperanza de vida con calidad.

La formación de los profesionales del Sistema Nacional de Salud se basa en el principio martiano-marxista del estudio y trabajo, lo cual se denomina en el Ministerio de Salud Pública: educación en el trabajo (EET), que es la forma fundamental de organización del proceso enseñanza aprendizaje (antes llamado docente educativo) en el ciclo clínico de las diferentes carreras de la Educación Médica Superior.⁽¹³⁾

Para poder comprender la clasificación sobre la base de los objetivos que se deben alcanzar en la EET, es necesario tener presente el método científico a aplicar en el área clínico epidemiológica: el método clínico cuando se habla de la atención médica individual del paciente; el proceso de atención de enfermería, que también tiene entre sus componentes al método clínico, cuando se trata de atención individual, ya que este es un método inherente a esta especialidad, donde juegan un papel importante los cuidados independientes a cada enfermo y no la transcripción de órdenes médicas; y el método epidemiológico, cuando se habla de la atención al ambiente y la colectividad.^(14,15)

Etimológicamente, la palabra “diagnóstico” proviene del adjetivo griego *diagnostikos*, que quiere decir “capaz de reconocer”, y del verbo *diagignosko* (reconocer enteramente). Es entonces, en esencia, un proceso cognoscitivo, que tiene su punto de partida en el pensamiento concreto sensible ligado a la actividad objetiva, se desarrolla en el pensamiento abstracto y tiene su criterio de la verdad en la práctica.

El diagnóstico médico, en particular, es el proceso cognoscitivo que desarrolla el médico ante un paciente, y es por ello siempre individual; con el objetivo básico de identificar la entidad o entidades nosológicas de las que es portador el paciente y sus interrelaciones.

El objetivo esencial enumerado se complementa y perfecciona con los trabajos de Ilizástigui Dupuy,⁽¹⁾ Cañete Villafranca⁽¹⁶⁾ y Bello Rodríguez:⁽¹⁷⁾

- 1- Indicar y realizar con criterio científico los exámenes complementarios necesarios, para la adecuada precisión de la hipótesis diagnóstica.
- 2- Estudiar exhaustivamente las incidencias del medio en la afección del paciente, para actuar sobre ellas y tratar de modificarlas.
- 3- Indicar un tratamiento adecuado según la entidad o entidades nosológicas de las que es portador el paciente.
- 4- Investigar cuando el caso salga del horizonte de conocimientos que posee la ciencia médica actual, explicaciones de orden médico científico a diversas formas de presentación, desarrollo o elementos causales de las enfermedades aún no sistematizadas. La historia de la humanidad ha determinado la necesidad de desechar el modelo de la "neutralidad moral de la ciencia", el del modelo positivista que regía el pensamiento de los científicos y de las políticas en el campo de las ciencias y que tomaba al hombre como objeto de la ciencia para ir transitando hacia otro, en donde se considera a los individuos como sujetos de derechos.
- 5- Informar de acuerdo con las características de la entidad nosológica y a la personalidad del paciente, de su enfermedad, con el propósito de mejorar la educación sanitaria de la población y crear convicciones subjetivas, para un riguroso cumplimiento del plan terapéutico.
- 6- Ofrecer adecuada información a los familiares y centro de trabajo o estudio del paciente. Brindar a la organización de salud pública, a través de su sistema nacional de estadísticas, la información primaria de la morbilidad de la población.
- 7- Reincorporar al paciente a la vida socialmente útil con el grado de capacidad que permita la evolución de su enfermedad y su estado psicofísico.

Moreno Rodríguez expresó que "toda ciencia aplica métodos para abordar el estudio de los problemas particulares que atañen a su dominio, a su esfera de actividad porque es eso: una forma especial de la conciencia social con un sistema de conocimientos objetivamente verdaderos. Por lo tanto, la ciencia representa un objeto de estudio para cada interrogante. También, para extraer conocimientos que continuamente se enriquecen, utiliza los métodos".⁽¹⁸⁾

Un método es una manera de abordar la realidad, un procedimiento para tratar un problema o conjunto de problemas. La palabra proviene del griego métodos, que significa "vía hacia" y también "ir en busca de"; literalmente, "método" significa "seguir un camino", pero no errático, sino con un plan preestablecido y con reglas determinadas y aptas para conducir a un fin propuesto.

El método general de las ciencias es el método científico, también denominado experimental, que tuvo paternidad en el inolvidable médico francés Claude Bernard⁽¹⁹⁾ del siglo XIX, en su monumental obra Introducción al estudio de la medicina experimental, donde se exponen las etapas de dichos procedimientos: 1. Planteamiento del problema, 2. Hipótesis, 3. Comprobación por medio de experimentos, 4. Revisión 5. Recomprobación del problema. Debe destacarse que el experimento es la base, la parte ejecutiva, y el criterio definitivo del método, lo que permite comprobar una hipótesis científica.

Entonces, ¿cómo se aplica el método general de las ciencias a la atención de enfermos? Pues, a través del método clínico o proceso del diagnóstico, cuyas etapas aplicarán los mismos principios adaptados, en este caso a la relación médico paciente: a) formulación del problema: en este caso un enfermo con sus

particularidades; b) información sobre el problema (entrevista médica); c) hipótesis o conjeturas; d) contrastación, y e) comprobación.⁽¹⁵⁾

Como se aprecia de inmediato, es lo que se hace a diario, consciente o inconscientemente. Ahora bien, en todo método hay un aspecto práctico y otro teórico, que deben ser igualmente dominados. Algunos médicos, los menos, conocen el método clínico en ambos aspectos; pero la mayoría lo utiliza años y años, de manera empírica, sin conocer un ápice de su fundamentación teórica, y como dijese el propio Moreno Rodríguez: "sin saber siquiera que lo que se hace tiene un nombre, lo cual constituye una de las razones de su deterioro y del mal trabajo médico".⁽¹⁹⁾

La clínica se refiere al estudio de los enfermos, no al estudio de la enfermedad. Los autores de este trabajo, aprovechan para aclarar que una enfermedad es una abstracción conceptual derivada del estudio de muchos enfermos en los cuales se descubrieron regularidades y similitudes (patrones): el clínico, el evolutivo y el pronóstico, que permitieron conocer e identificar un proceso morboso que era el mismo para cada paciente, aclarando que no hay pacientes iguales.⁽⁶⁾

Las intervenciones en salud se realizan con el propósito de beneficiar a los pacientes, sin causarles daños. La combinación compleja de tecno ciencias e interacciones humanas que constituyen el sistema moderno de atención de salud puede aportar beneficios importantes. Sin embargo, también conlleva un riesgo inevitable de que ocurran eventos adversos, y, efectivamente, ocurren con demasiada frecuencia, como expresara el Dr. Alfonso: "[...] es conveniente aclarar que con la revolución científico técnica se ha revolucionado la técnica, lo que hoy nos parece un equipo insuperable rápidamente se hace obsoleto, pero no sucede así con la clínica".^(20,21)

La seguridad es un principio fundamental de la atención y un componente crítico de gestión de la calidad. Esto incluye las prácticas clínicas seguras, según el Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, cuando anuncia que es el grado en el que los servicios de salud prestados a personas y poblaciones aumentan la probabilidad de que se produzcan los efectos buscados en la salud y sean coherentes con los conocimientos profesionales del momento: "Abarca casi todas las disciplinas y los actores de la actividad sanitaria y, por tanto, requiere un enfoque general y multifacético para identificar y gestionar los riesgos reales y potenciales al paciente en cada servicio, y para encontrar soluciones a largo plazo para el conjunto del sistema".⁽²²⁾

¿Y qué es la calidad? Es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo que permiten juzgar su valor. De ello deriva una clasificación operativa fundamental, la calidad técnica. Esta se define como el proceso resultante del nivel de competencia alcanzado en alguna rama del saber. Son conocimientos y habilidades puestas al día. Esto requiere ayuda profesional pertinente para la observancia del método clínico, evitar el abuso tecnológico y la iatrogenia (primun non nocere).⁽²³⁾

El hombre es un ser biopsicosocial, y atendiendo a este principio, Walter Reich reunió al primer grupo colaborativo de carácter internacional para el estudio de estos problemas, y en 1978 publicó la primera enciclopedia de Bioética; en esta se definió como: "el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las Ciencias Biológicas y de la Salud, en la medida en que esta conducta se examina a la luz de los valores y principios morales".⁽²²⁻²⁴⁾ ¿Cuáles son los fundamentos teóricos de la Bioética como ciencia constituida?

Beneficencia: es hacer el bien, objeto evidente de todas las modalidades de atención de salud; su principal dificultad estriba en definir lo que se entiende por bien y mantener la separación entre éste y el paternalismo.

No maleficencia, también denominada inocuidad: significa no hacer daño; un concepto que queda implícito en *primum non nocere*, aplicable a toda práctica médico sanitaria, en la que deben evitarse procedimientos peligrosos e innecesariamente invasivos.

Autonomía o capacidad de autogobierno: indica la preservación de la dignidad, los derechos y libertades individuales, y la conservación de la integridad de la persona en cuanto a los principios y convicciones de cada uno. La autonomía se ha convertido en la consigna que simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones sin restricción ni coerción. Una persona es autónoma cuando su comportamiento es producto de sus decisiones conscientes y éstas a su vez son consecuencia de una evaluación cuidadosa de diferentes alternativas y razones. Esos requisitos para lograr el respeto a la autonomía son: 1) la acción autónoma no debe ser forzada sino tomada por decisión propia de qué hacer; el individuo se debe sentir libre para decidir; 2) debe poseer opciones reales, y 3) debe tener toda la información pertinente.

Justicia: representa consideración igual para todos, imparcialidad, veracidad y honradez, práctica médica consecuenta con una distribución justa y equitativa de recursos. Mientras que la autonomía representa los derechos del individuo, la justicia simboliza el interés social.

El consentimiento informado forma parte del resultado de la conjunción de actos médicos y toma de decisiones por parte del paciente, o sus representantes responsables, para que la actuación médica sea moralmente válida. El consentimiento informado exige información suficiente sobre: a) su estado, b) las alternativas diagnósticas o terapéuticas, c) molestias posibles que estas puedan causarle, d) riesgos potenciales, y e) beneficios esperados.

Por lo tanto, los principios de la bioética en el método clínico son universales, pues ambas partes se interconectan en una modalidad especial de comunicación denominada: relación médico paciente, una manera especial de relación interpersonal que se materializa en la entrevista médica, donde participan tres elementos fundamentales: médicos, pacientes y enfermedad. Está formada por el interrogatorio en primer lugar, y el examen físico, ya que solo el primero será capaz de guiar el segundo; aunque, en momentos determinados de las etapas, se solapan ambos hechos. Está influenciada en su desarrollo y resultados de modo sutil o trascendental por una serie de factores como: lugar donde se realiza (consultorio, sala de hospitalización, domicilio, cuerpo de guardia), personalidad y estado de ánimo de los protagonistas, las condiciones ambientales y muchos más. Todos y cada uno de esos factores, con multiplicidad de particularidades, pueden dar lugar a la impresión de que la entrevista médica es un proceso incognoscible. Esto no es así, y existen aspectos y regularidades que los autores consideran deben respetarse, aunque teniendo en cuenta que cada entrevista inicial en un paciente dado es una nueva experiencia, un reto sin igual. ^(17,24-28)

CONCLUSIONES

Durante la aplicación de los preceptos científicos y humanísticos, hay que establecerse con el ejemplo personal, allí donde trabaje un médico, dentro o fuera del país. El profesional debe oponerse al intento creciente de convertir la relación médico-paciente y el ejercicio individual de la medicina, en una impersonal y deshumanizada relación médico-aparato o paciente-aparato, altamente tecnificada y deslumbrante, pero despojada, en gran medida, de sus atributos humanos (actos seguros), que es lo que está pasando en la actualidad. Así pues, toda práctica clínica deberá robustecerse con el proceso propedéutico, terapéutico y bioético, en aras de la protección y seguridad del agente de salud como ejercicio primordial de las Ciencias Médicas en el Sistema Nacional de Salud de la República de Cuba.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Ilizástigui Dupuy F. Salud, medicina y educación médica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1985.
- 2- Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El método clínico. Medisur [Internet]. 2010 [citado 23 Dic 2014];8(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1311/346>
- 3- Selman Housein AE. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Editorial Científico Técnica; 2002. Capítulo 1. p. 5-6.
- 4- Ramos Domínguez BN. Calidad de la atención en salud, error médico y seguridad el paciente. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2005 jul.-sep [citado 23 Dic 2014];31(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662005000300010&script=sci_arttext
- 5- Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2014 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2015 [citado 3 mayo 2015]. Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2015/04/anuario-estadistico-de-salud-2014.pdf>
- 6- Nassif Hadad A, Moreno Rodríguez MA, Rodríguez Silva HM. Práctica clínica. La Habana : Editorial Ciencias Médicas; 2010.
- 7- Cañete Villafranca R, Guilhem D, Brito Pérez K. Paternalismo médico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Mar-Abr [23 Dic 2014];35(2). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol2%202013/tema06.htm>
- 8- Cañete R, Prior A, Brito K, et al. Development of an institutional curriculum in ethics and public health. Acta Bioeth [Internet]. 2013;19(2):251-7. Disponible en: <http://actabioethica.cl/docs/acta28.pdf#page=83>
- 9- Fornons Fontdevila D. Madeleine Leininger: claroscuro transcultural. Index Enferm [Internet]. 2010 abr.-sept [citado 16 Jun 2015];19(2-3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-1296201000020002225
- 10- Moreno Rodríguez MA. Deficiencias en la entre [icle/view/1319/](http://scielo.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1319/)

- 11- Miranda Folch J, Robledo Querol K, Vega Jiménez J, et al. Método clínico: seguridad y atención médica integral. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 [citado 17 Nov 2015]; 37(6): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1566>
- 12- MINSAP. Resolución Ministerial No. 108/2004. Reglamento del Régimen de Residencia en Ciencias de la Salud. La Habana: MINSAP; 24 Ago 2004.
- 13- MINSAP. Resolución Ministerial No. 15/1988. Reglamento para la organización del proceso docente educativo en los Centros de Educación Médica Superior. La Habana: MINSAP; 1988.
- 14- MINSAP. Instrucción VAD No. 3/90. Orientaciones metodológicas sobre Educación en el trabajo. La Habana: MINSAP; 1990.
- 15- Laucirica Hernández C. El pase de visita: consideraciones sobre su importancia en las asignaturas de Propedéutica Clínica y Medicina Interna. Rev Méd Electrón [Internet]. 2012 May-Jun [citado 24 Nov 2014]; 34(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242012000300013
- 16- Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. Acta Bioeth [Internet]. 2012 [citado 24 Nov 2014]; 18(1): 121-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2012000100011&script=sci_arttext&tlng=e
- 17- Bello Rodríguez B, Báez Pérez EG, Sánchez Cruz G, et al. La concepción integral de la salud: principio de la educación en ciencias de la salud. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 [citado 24 Nov 2014]; 33(6). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202011/vol6%202011/tema15.htm>
- 18- Moreno Rodríguez MA. El método clínico, las “buenas prácticas clínicas” y el profesionalismo médico. Medisur [Internet]. 2010; 8(5). Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1323/372>
- 19- Moreno Rodríguez MA. El arte y la ciencia del diagnóstico Médico. La Habana : Editorial Científico Técnica; 2001.
- 20- Alfonso JA, Laucirica Hernández C, Mondejar Rodríguez J. El método clínico frente a las nuevas tecnologías. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado 23 dic 2014]; 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000400012&script=sci_arttext
- 21- Trimiño Galindo L, Padrón Ramos MJ, Guardarrama Linares L, et al. Método clínico vs. laboratorio clínico. Rev Méd Electrón [Internet]. 2011 Nov-Dic [citado 23 dic 2014]; 33(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242011000600014&script=sci_arttext
- 22- Asamblea Mundial de la Salud, 55. Calidad de la atención: seguridad del paciente: informe de la Secretaría [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud ; 2002 [citado 23 dic 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81905/1/sa5513.pdf>

23- Martínez Abreu J. Trabajar por la calidad, el reto de siempre. Editorial. Rev Méd Electrón [Internet]. 2013 Sep-Oct [citado 23 dic 2014]; 35(5). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202013/vol5%202013/editorial.htm>

24- Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Fortaleza, Brasil: 64ª Asamblea General de la AMM ; 2013 [citado 23 dic 2014]. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/index.html>

25- Martínez Abreu J, Laucirica Hernández C, Llanes Llanes E. La ética, la bioética y la investigación científica en salud, complementos de un único proceso. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 [citado 23 dic 2014]; 37(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242015000400001&script=sci_arttext

26- Roca Goderich R, Swith VV, Paz Precilla E, et al. Temas de medicina interna. 4ta ed. T. 1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002.

27- Pérez Quiñones JA, Hernández Falcón L, García García LE, et al. Importancia de la orientación educativa en la formación de valores en las universidades de Ciencias Médicas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2014 Jul-Ago [citado 23 dic 2014]; 36(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1684-18242014000400013&script=sci_arttext

28- Martínez Abreu J. Una mirada integradora sobre la importancia del método clínico para las ciencias médicas. Rev Méd Electrón [Internet]. 2015 [citado 17 Nov 2015]; 37(6): [aprox. 1 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1707>

Recibido: 18 de agosto de 2015.

Aceptado: 3 de noviembre de 2015.

José Jesús Miranda Folch . Policlínico Comunitario Docente Marcos Martí. Martí. Matanzas, Cuba. Correo electrónico: jmiranda.mtz@infomed.sld.cu

Miranda Folch JJ, Vega Jiménez J, Mirabal Izquierdo D, García Cuervo D, Trenzado Mendoza A, Bravo Romero L. El proceso de diagnóstico: una práctica médica segura. Rev Méd Electrón [Internet]. 2016 Jul-Ago [citado: fecha de acceso]; 38(4). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/1585/3108>