

Enfermedad cerebro vascular a propósito de 61 casos sin correlación clínico patológica. Isla de la Juventud. 2010-2016

Vascular brain disease a purpose of 61 cases without pathological clinical correlation. Isle of Youth. 2010-2016

Msc. Dr. Jose M. Aguila Figueroa¹

¹ *Especialista de Primer Grado Anatomía Patológica. Prof. Auxiliar*

RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar la correlación clínico-patológica en pacientes con diagnóstico de Enfermedad cerebro vascular en la Isla de la Juventud durante los años 2010 al 2016 se realizó un estudio descriptivo transversal, retrospectivo de 94 pacientes fallecidos en el Hospital "Héroes del Baire". Se determinó que en 61 casos que constituyen más de la mitad de los casos no hubo correlación anatomo clínica. Los servicios de Atención al grave y Urgencias médicas fueron los de mayor aporte de casos de esta entidad y donde hubo peor correlación clínico-patológica. Fue más frecuente el su diagnóstico clínico de la enfermedad, que el planteamiento clínico sin confirmación necrósica; entre las principales causas de discordancia diagnóstica se encontraron, la sepsis del SNC, IMA y Neoplasias malignas diseminadas demostrando la necesidad de elevar la calidad del diagnóstico clínico a partir de los beneficios del funcionamiento eficiente del comité de mortalidad.

Palabras clave: correlación clínico-patológica, enfermedad cerebro vascular, necropsia, calidad del diagnóstico

SUMMARY

With the aim of characterizing the clinical-pathological correlation in patients diagnosed with cerebrovascular disease in the Isle of Youth during the years 2010 to 2016, a cross-sectional descriptive, retrospective study of 94 patients died at the Hospital "Héroes del Baire". It was determined that in 61 cases that constitute more than half of the cases there was no clinical anatomical correlation. Serious care services and medical emergencies were those with the highest contribution of cases of this entity and where there was a worse clinical-pathological correlation. Clinical sudiagnosis of the disease was more frequent than the clinical approach without necropsic confirmation; Among the main causes of diagnostic discordance were sepsis of the CNS, AMI and disseminated malignancies, demonstrating the need to improve the quality of the clinical diagnosis based on the benefits of the efficient functioning of the mortality committee.

Keywords: clinical-pathological correlation, vascular brain disease, necropsy, diagnostic quality

INTRODUCCIÓN

La Enfermedad cerebrovascular (ECV) es la causa de 10% a 12% de las muertes en los países industrializados, la mayoría (88%) en personas mayores de 65 años y responsable de una vasta carga de invalidez en la comunidad, pues del 50 % al 70% de los que sobreviven quedan con secuelas. La ECV es considerada como la tercera causa de muerte en varios países del mundo, primera causa de discapacidad en adulto mayor y segunda de demencia. El riesgo de ECV es mayor en hombres que en mujeres, aunque la posibilidad de muerte en estas es de 16% y de 8% para aquellos.¹

En Cuba las enfermedades cerebrovasculares constituyen la tercera causa de muerte. El 80 % de estas apoplejías son causadas por un flujo sanguíneo pequeño (isquémico) y el 20 % restante se divide por igual entre las hemorragias del tejido cerebral (hemorragias intraparenquimatosas) o del espacio subaracnoideo.²

En 2015 hubo 9276 defunciones, siendo la tasa de mortalidad bruta por enfermedades cerebrovasculares de 82.6 x 100000 ha. Solo superado por las

enfermedades cardiovasculares y los tumores malignos. Esta enfermedad es responsable de 3.6 años de vida potencialmente perdidos (AVPP) en Cuba. La proporción hombre mujer fue 1:1 con un ligero incremento para ellas. Mientras en el Municipio Especial Isla de la Juventud la tasa de mortalidad bruta fue de 54.3 x 100000 habitantes, producto de 46 defunciones ese mismo año.³

El diagnóstico de la ECV exige una anamnesis y un examen clínico cuidadosos, puesto que tiende a ser confundida con otras enfermedades frecuentes en los grupos de edades afectados. Por ser esta una enfermedad que se expresa con un daño anatómico específico, la necropsia constituye una "prueba de oro" para el diagnóstico de los pacientes que fallecen por este problema. En Cuba, en los últimos años aunque existe el criterio de una disminución, las cifras de autopsias se mantienen relativamente elevadas y el índice de autopsias nacionalmente esta cercano al 60%.^{2, 4}

Los índices de discrepancia y coincidencia de las causas de muerte entre el diagnóstico clínico y morfológico constituyen de forma indirecta un indicador de calidad de la atención médica prestada. La autopsia es el medio que permite el análisis de esta discrepancia. A escala internacional se reconoce la necesidad de su realización como medio de confirmación de los diagnósticos realizados en vida y para conocer nuevos hallazgos que sólo por medio de ella se descubren.⁴⁻⁷

OBJETIVOS

- Establecer el índice de correlación clínico patológica (CCP) negativa del Hospital "Héroes del Baire" durante el periodo 2010- 2016.
- Establecer el índice de CCP negativa por servicios durante el periodo 2010-2016.
- Identificar las entidades nosológicas más frecuentes asociadas a errores diagnósticos en Hospital "Héroes del Baire" en el periodo en estudio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de serie de casos, descriptivo transversal, y retrospectivo en el Hospital "Héroes del Baire" de la Isla de la Juventud durante los años 2010 al

2016. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y de los protocolos de necropsia, y recogidos en un formulario. Se determinó la CCP negativa según año del estudio y se comparó la frecuencia por servicios así como se identificaron las entidades nosológicas más frecuentemente asociadas al error diagnóstico.

Universo y muestra:

Del total de necropsias realizadas en Hospital “Héroes del Baire” en el período comprendido desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2016: 767 necropsias, se obtuvieron 94 casos con diagnóstico clínico y/o anatomopatológico de ECV, se excluyeron los casos de CCP positiva (33 casos) y 8 casos de CCP negativa con datos insuficientes en protocolo de necropsia. La muestra quedó conformada por 61 pacientes fallecidos sin CCP positiva, de estas, con diagnóstico anatomopatológico (32) y clínico (12), más 17 casos con CCP parcial de ECV que constituyen el 64.8% del universo estudiado.

Se revisaron los protocolos de necropsia e historias clínicas de estos casos y se obtuvieron variables de interés para el estudio como: sala de egreso, diagnóstico clínico y anatomopatológico de muerte por ECV y la CCP.

Operacionalización de variables:

- Servicio: Atención al grave: Incluye salas de terapia intensiva e intermedia; Medicina; Cirugía; Urgencias médicas: Incluye salas SIUM, Cuerpo de guardia y Observaciones; Domicilio: Pacientes fallecidos en domicilio o antes de arribar a la unidad hospitalaria.
- Causa de muerte: Según resultado de necropsia.
- Correlación clínico- patológica (CCP).

Para la CCP se siguieron los siguientes criterios.

- Correlación total: el diagnóstico clínico se corresponde con el tipo específico de ECV demostrado en la necropsia.
- Correlación parcial: el diagnóstico clínico se corresponde con diagnóstico de ECV pero no coincide con el subtipo clínico demostrado en la necropsia.
- No correlación o CCP negativa: No se planteó el diagnóstico clínico de ECV

demostrado en la necropsia, incluye además planteamiento clínico de la enfermedad no demostrado en la necropsia.

En los casos de "no correlación" se determinó el diagnóstico clínico (para pacientes con diagnóstico anátomo-patológico de ECV y el diagnóstico anátomopatológico (para pacientes con diagnóstico clínico de esta entidad).

Los datos fueron procesados en microcomputadora mediante el programa procesador de datos Excel y los resultados, expresados en números y porcentajes, se presentan en tablas.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recolectaron 94 casos necrósicos, de ellos con diagnóstico clínico de ECV pero sin confirmación anatomopatológica (AP): 12 casos. Por otra parte se encontraron 82 necropsias con diagnóstico AP de ECV, 51 de estos casos (62.1%) correspondieron a la categoría isquémica y 31 casos a la hemorrágica (37.8%), resultados que se ubica en el rango reportado en la bibliografía consultada.

El comportamiento de la correlación clínico-patológica en la población estudiada fue el siguiente: en el 35.1 % de los casos hubo correlación total, en el 18 % la correlación fue parcial y no hubo correlación en el 46.8 % de los casos, de ellos 12 casos en que el planteamiento clínico de ECV no fue confirmado (sobrediagnóstico).

Tabla No. 1. Correlación Clínica patológica de ECV por servicio. 2010-2016.

HHB

Servicio	CCP Total		CCP Parcial		No CCP		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Atención al Grave	25	39	14	21.8	25	39	64	68
Medicina	3	33.3	2	22.2	4	44.4	9	9.5
Cirugía	1	100	0	0	0	0	1	1.06
Urgencias Medicas	3	23	1	7.6	9	69.2	13	13.8
Domicilio	1	14.2	0	0	6	85.7	7	7.4
Total	33	30.3	17	17.6	54	51.9	94	100

Fuente: Historia Clínica y Protocolo de Necropsia

La mayoría de los fallecimientos de pacientes con ECV ocurrieron en los servicios de Atención al Grave (68%), seguido a distancia de los servicios de Urgencias Médicas (13.8%) y Medicina (9.5%). La media de no CCP (46.8%) se encuentra alta, cuando se considera aceptado hasta un 25%. Se observa además que las necropsias provenientes de los servicios extrahospitalarios aportan la mayor discordancia (85% y 69%). (Tabla.1)

Tabla No. 2. CCP negativa. Causas más frecuentes de sobrediagnóstico de ECV 2010-2016. HHB.

Diagnóstico anatomopatológico	No.	%
Sepsis del SNC	4	33.3
IMA	3	25.0
Neoplasia maligna diseminada	2	16.6
Encefalopatía renal	1	8.3
Encefalopatía hipertensiva	1	8.3
Shock hipovolémico	1	8.3
Total	12	100.0

Fuente: Historia Clínica y Protocolo de Necropsia

El estudio mostró que las enfermedades que con más frecuencia se plantea el diagnóstico erróneo de ECV son: Sepsis del SNC (33.3%), IMA (25%) y Neoplasias malignas diseminadas (16.2%). (Tabla.2)

Tabla No. 3. CCP negativa. Causas más frecuentes de sub diagnóstico de ECV. 2010-2016. HHB.

Planteamiento clínico discrepante	No.	%
Cierre de HC sin diagnóstico	7	21.8
IMA		15.6
Enfermedad neoplásica	4	12.5

Bronconeumonía	3	9.3
Emergencia hipertensiva	2	6.2
Shock séptico	2	6.2
Enfermedad del SNC	2	6.2
Otros	7	21.8
Total	32	100

Fuente: Historia Clínica y Protocolo de Necropsia

El estudio mostró que las causas más frecuentes del sub diagnóstico de ECV son: cierre de HC sin diagnóstico clínico (21.8%), seguida de IMA (15.6%) y la enfermedad neoplásica diseminada (12.5%). (Tabla.3)

Tabla No. 4. No CCP. Causas de CCP parcial de ECV. 2010-2016. HHB.

Planteamiento clínico	Confirmación AP	No.	%
ECV	ECV isquémica	9	52.9
ECV	ECV hemorrágica	4	23.5
Hemorragia subaracnoidea	ECV isquémica	1	5.8
Hemorragia subaracnoidea	Hemorragia intraparenquimatosa	1	5.8
ECV hemorrágica	ECV isquémica	2	11.7
Total		17	100

Fuente: Historia Clínica y Protocolo de Necropsia

La tabla muestra que el planteamiento clínico erróneo más frecuente entre el grupo de CCP parcial fue el planteamiento de ECV sin especificar variedad clínica (13 casos que abarcan más del 70% del grupo), le sigue el planteamiento de Hemorragia subaracnoidea (2 casos, más del 10%). (Tabla. 4).

DISCUSIÓN

A partir de los 55 años, la incidencia de ECV se duplica con cada década cuando existen factores predisponentes a la aterosclerosis como: HTA, tabaquismo, DM, Hipercolesterolemias. En este trabajo se confirma esta tendencia con un

predominio en mayores de 65 años (58.5%), seguido del grupo etáreo de 46 a 65 años (35.3%). Así como también un claro predominio de mortalidad por ECV en varones (63.4%) sobre el sexo femenino (36.5%), similar a otros estudios.^{1, 2, 7-9}

Aunque no existen criterios oficiales de normalidad para la correlación clínico patológica de las ECV, el rango entre 10 y 40% de CCP negativa, propuesto por el Dr. Moreno Rodríguez puede ser usado como estándar de calidad del diagnóstico clínico para cualquier enfermedad. Existe una discordancia diagnóstica de 39% para el ECV (32 de 82 casos confirmados por necropsia) que se elevó al 46.8% de los fallecidos, cuando se le suman los 12 casos erróneamente diagnosticados como tal y sin confirmación AP. Resultado ubicado en los límites superiores del rango propuesto y ciertamente por encima de algunos resultados de la bibliografía consultada, ejemplo 28.3% y 26% de no correlación para el Hospital Militar Finlay y Aldereguía de Cienfuegos respectivamente.^{2, 7} Este alto nivel de discrepancia diagnóstica podría ser multifactorial, pudiendo estar dado por el incorrecto llenado del certificado médico de defunción o cierre de la historia clínica, falta disponibilidad regular de estudios imagenológicos de alta resolución, inestabilidad del personal calificado, etc.¹⁰

Otro grupo de casos en que, aunque se planteó el diagnóstico clínico de ECV, este no coincidió con el subtipo específico al examen AP, conjunto categorizado como correlación parcial: 17 casos (18%). Elemento de importancia crucial ya que es imprescindible la diferenciación temprana entre infarto o hemorragia cerebral, ya que, aunque la clínica de ambos puede ser similar el tratamiento es diferente. Los 32 pacientes con ECV confirmada pero sub diagnosticada clínicamente (39%) quedaron totalmente desprotegidos de los beneficios del tratamiento y del resto de las medidas terapéuticas definidas al respecto.

Los niveles elevados de este indicador negativo en nuestro territorio obliga trazar planes de educación continuada tanto en la Atención Primaria de Salud como en Atención Secundaria de Salud para incrementar los conocimientos sobre las manifestaciones clínicas y formas de presentación de la ECV entre el personal médico directa e indirectamente relacionado con la asistencia a estos pacientes, así como la disponibilidad regular de medios imageneológicos de alta resolución

como la TAC, para garantizar un diagnóstico seguro y oportuno de esta afección. Como es lógico esperar debido a la gravedad de esta entidad, las salas de Atención al grave aportan la mayor mortalidad por estas (68%) seguido de lejos por las salas de Urgencias médicas (13.8%). Los mayores índices de discrepancias diagnósticas lo aportan los servicios de urgencia extrahospitalarios: Urgencias médicas: 69.2% y Domiciliarias: 85.7%. Este resultado apunta hacia una labor de prevención y diagnóstico temprano e ineficaz en la atención primaria, así como las dificultades de diagnóstico relacionadas con la poca disponibilidad de tiempo en el estudio del paciente crítico.

El sobre diagnóstico de ECV estuvo representado por 12 casos, que corresponde al 27,2% de la falta de CCP. Ante el planteamiento erróneo de ECV las entidades más frecuentemente encontradas fueron la sepsis del SNC (33.3%), seguidas del IMA (25%) y Enfermedad neoplásica diseminada (16.2%), entidades que se presentan con abundantes coincidencias clínicas. Comparando con la bibliografía consultada, se observó que la Bronconeumonía fue la enfermedad que más afectó la discrepancia diagnóstica, relegando la sepsis del SNC a frecuencias inferiores,² cuando en el medio aquí estudiado, ocurre a la inversa.

Las entidades clínicas más frecuentemente asociadas con el subdiagnóstico de ECV (no planteamiento clínico de la enfermedad), grupo de la CCP negativa que predominó en la muestra (72.7%). Predominó el cierre de HC "sin diagnóstico clínico" (21.8%), el IMA (15.6%), enfermedad neoplásica diseminada (12.5%) y Bronconeumonía (9.3%). Este resultado mostró concordancia con literatura consultada.^{2, 11-13}

El deterioro del nivel de conciencia que es un fenómeno que obedece a diferentes trastornos primariamente neurológico y no neurológicos pueden confundir al médico en el planteamiento de una ECV. Aunque en otros estudios revisados se excluyeron los casos "sin diagnóstico clínico", se tuvo en cuenta porque se consideró que esta etapa del método clínico es trascendental para un correcto manejo del paciente y con ello se pretende estimular al personal médico en su buena práctica.¹⁴⁻¹⁸

El comportamiento de la CCP parcial donde el planteamiento de ECV sin

especificar variedad clínica (13 casos que abarcan más del 70% del grupo) fue el más frecuente donde la necropsia fue útil en demostrar la naturaleza isquémica o hemorrágica del proceso, le siguió el planteamiento de Hemorragia subaracnoidea (2 casos, más del 10%) en que uno de los casos fue concluido como isquémico y el otro hemorrágico pero de localización intraparenquimatosa. Aunque se puede considerar que en este grupo de casos se arribó al diagnóstico básico de la enfermedad, la no certeza de la variedad clínica limita de forma importante el manejo terapéutico de estos pacientes.

La no correcta aplicación del método clínico bajo condiciones de amplia presión asistencial, la inadecuada utilización de las pruebas complementarias y las complicaciones inesperadas por procedimientos invasivos, pueden influir en los resultados.¹⁹

La evaluación de la calidad de los diagnósticos premortem por sí solo no representa ningún beneficio si no se aprovechan los conocimientos y experiencias obtenidas en aras de disminuir las discrepancias y por ende, la morbilidad y mortalidad de la población que se atiende.

CONCLUSIONES

El índice de discrepancia diagnóstica clínico-patológica se encuentra muy elevado, predominando en servicios de Urgencias Médicas y de origen domiciliarias. Entre la no CCP predominó el sub diagnóstico clínico de la enfermedad por sobre el planteamiento clínico errado de ECV. La sepsis del SNC predominó como la principal causa de diagnóstico clínico errado de ECV. El cierre de la historia clínica sin diagnóstico clínico fue la principal causa de CCP negativa de ECV, seguida de IMA y la enfermedad neoplásica diseminada. La principal causa de CCP parcial fue el planteamiento de ECV sin especificar la variedad clínica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López Pavón I, López Mompó C, Tajada Vitales C. Enfermedad cerebrovascular. Actualización en medicina de familia. Actualización en Medicina

de Familia [revista en la Internet]. 2017[citado 2017 Mar 21];13(2). Disponible en: http://amf-semfyc.com/web/revistas_ver.php?id=140

2. Fernández Turner M, Sotero Suárez I, Borroto Lecuna S, Figueiras Ramos B, Corona Martínez LA. Correlación clínico-patológica en pacientes fallecidos con diagnóstico clínico o anatomopatológico de enfermedad cerebrovascular durante los años 1997 al 2001. Rev cubana med [Internet]. 2003 Oct [citado 2016 Mar 12]; 42(5):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000500005&lng=es.

3. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2016. Cuba: MINSAP: Dirección de Registros Médicos; 2017. [citado 2017 Feb 12]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2017/05/Anuario_Estad%C3%ADstico_de_Salud_e_2016_edici%C3%B3n_2017.pdf

4. Hurtado de Mendoza Amat J. Autopsia. Garantía de calidad en la medicina. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.

5. Hurtado de Mendoza Amat José, Montero González TJ, Ygualada Correa I. Situación actual y perspectiva de la autopsia en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2013 Mar [citado 2017 Mar 12]; 39(1): 135-147. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100012&lng=es.

6. Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T. ¿Es útil realmente realizar autopsias?. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2008 Mar [citado 2017 Mar 12]; 37(1) . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572008000100012&lng=es.

7. Suárez Díaz M, Sánchez Freeman M, Ortiz Zayas E, Barreda Pavón JL. Enfermedades Cerebrovasculares. Algunos aspectos clínico-patológicos durante el año 2006. Revista Electrónica “Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta”.2007 oct-dic [citado 2017 Mar 12];32(4). Disponible en: http://www.ltu.sld.cu/revistam/index_files/articles/2007/oct-dic2007/oct-dic2007_5.htm

8. Mitchell RN, Kumar V, Nelson Fausto N, Abbas AK Aster JC. Robbins and Cotran Pathologic basic of disease. 8th edicion. New York: McGraw-Hill. 2010.
9. González Alfaro S, Arrieta Hernández T, Hurtado de Mendoza Amat J, Menéndez Imamura K, González Torres R, Cantero Castro D. Caracterización de la mortalidad por infarto cerebral reciente en diabéticos. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2014 Jun [citado 2018 Mar 12]; 43(2): 185-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000200007&lng=es.
10. Artilles Granda DA, Balmaseda Bataille I, Prieto Valdés AL. Responsabilidad ante el error y la mala práctica del actuar médico. Rev Cubana Ortop Traumatol [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mar 12];27(1):134-43. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2013000100013&lng=es.
11. Hurtado de Mendoza Amat J. Autopsia en Cuba en el siglo XXI. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2007 Mar [citado 2016 Mar 12];36(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572007000100011&lng=es.
12. Ygualada Correa Y, Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T. Beneficios de las reuniones derivadas de la autopsia en el control de la calidad asistencial. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 Jun [citado 2016 Mar 12];42(2): 251-54. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000200014&lng=es.
13. Hurtado de Mendoza Amat J. Las reuniones de análisis de fallecidos y la calidad del trabajo médico. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2009 Mar [citado 2018 Mar 12];38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572009000100013&lng=es.
14. Sakai K, Takatsu A, Shigeta A, Fukui K, Maebashi K, Abe S, et al. Potential medical adverse events associated with death: a forensic pathology perspective.

Int J Qual Health Care. 2010 [citado 2017 Feb 12];22(1):9-15. Disponible en: <https://academic.oup.com/intqhc/article/22/1/9/1802451>

15. Hurtado de Mendoza Amat J, Álvarez Santana R y otros. El SARCAP, Sistema Automatizado de Registro y Control de Anatomía Patológica. Rev Cubana Med Milit. 2015;24:123-30.

16. Bassat Q, Castillo P, Alonso PL, Ordi J, Menéndez C. Resuscitating the Dying Autopsy. PLoS Med. 2016 Jan 12 [citado 2017 Feb 12];13(1):1-5. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=88852>

17. Ygualada Correa Y, Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González TJ. Las autopsias en el hospital "Comandante Manuel Fajardo Rivero". Rev Cub Med Mil [Internet]. 2013 Mar [citado 2018 Mar 12]; 42(1): 62-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572013000100009&lng=es.

18. Ferrer Santos V, Domínguez Hernández M, Méndez Rosabal A. La hipertensión arterial como causa de mortalidad. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 Jun [citado 2018 Mar 12] ; 40(2): 168-173. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000200008&lng=es.

19. Corrales Gutiérrez A. A propósito del método clínico. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2011 Mar [citado 2018 Mar 12] ; 37(1): 3-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2011000100002&lng=es.