



MEDICINA UNIVERSITARIA

www.elsevier.es



EDITORIAL

Resolución de casos clínicos como una estrategia para la enseñanza en la Medicina

Case studies as a strategy for teaching medicine

El óptimo cuidado médico se fundamenta en la habilidad y competencia del profesional de la salud para hacer el diagnóstico correcto y recomendar el tratamiento más apropiado. Adquirir tales habilidades en el razonamiento clínico, es un requisito clave en cada nivel de la educación médica. La enseñanza clínica está sustentada en varios principios de la teoría de la educación.

La teoría del aprendizaje en adultos asume que este se logra por la exposición repetida y deliberada a casos reales, de manera que estos deben ser seleccionados por inducir a la reflexión de múltiples aspectos del razonamiento clínico y en donde la participación de un instructor aumenta el valor como una experiencia educativa. La teoría propone que nuestra memoria se ve mejorada cuando los errores en el juicio, razonamiento y la información pertinente son señalados y discutidos.

La demostración de un ejemplo clásico (paradigma o caso típico), ha sido venerado por la tradición en la enseñanza del diagnóstico clínico. Estos casos son colectados por la gente que trabaja con imágenes médicas, como los radiólogos, patólogos y endoscopistas, porque estas imágenes perfectas tienen un atractivo *per se*. Por supuesto, estos casos clásicos adoptan su expresión verbal en las sesiones generales y conferencias médicas clínico-patológicas; en los libros de texto (de ahí la expresión *textbook case*) y en muchas otras situaciones; incluso las preguntas de los exámenes médicos.

Memorable pero raro

A pesar de ser un hallazgo memorable, una característica peculiar de los llamados casos clínicos, como podría ser el encuentro con un enfermo con *mixedema clásico*, estriba en que cuando uno busca las publicaciones originales referentes al mismo y que describen con meticuloso detalle los hallazgos diagnósticos de una enfermedad particular en un grupo de pacientes, observamos la siguiente

paradoja: las tablas en esos artículos nos muestran que dichos hallazgos fueron *comunes* en sólo 25% a 75% de los pacientes, dentro de una larga lista de signos o síntomas que ocurren en menos de 5% a 10% del grupo total. Por un momento, trate de plantear un pensamiento en sentido inverso, es decir; traducir la información que ocurre en el paciente individual con un grupo de síntomas. Cuando usted hace esto, le resultará obvio que es raro el paciente, *estadísticamente hablando* se puede demostrar cada hallazgo referido en el libro de texto. Este es el *caso clásico*; el paciente cuyos hallazgos coinciden completamente con lo descrito. Nos encontramos entonces con un conflicto pedagógico: la tradición de usar como ejemplo, casos que nunca se volverán a ver, para enseñar sobre enfermedades que probablemente se verán todos los días. El uso de un caso *clásico* como una manera de enseñar al futuro médico, genera una serie de preguntas interesantes e importantes. Su fortaleza radica principalmente en hacerlo *memorable* y puede ser una manera eficiente de marcar en la mente de los principiantes una cantidad de información diagnóstica útil. Sin embargo, para el médico graduado y con algo de experiencia, reconocer un caso clásico en general no es estimulante. Para el clínico experimentado, el reto está en reconocer lo sutil, el paciente no tan clásico, con una actitud semejante al arquetipo *Sherlock Holmes* para resolver un caso desconcertante. Nos encontramos entonces en la paradoja pedagógica inversa: los pacientes que usted más probablemente verá todos los días (numéricamente los más típicos), no corresponderán a casos clásicos (diagnósticamente *más típicos*) o dicho de una manera más concisa: el paciente típico es un caso atípico. De esta paradoja surgen dos lecciones: la primera es que la experiencia obtenida del cuidado de pacientes ordinarios, provee la oportunidad más importante para adquirir habilidades diagnósticas a un nivel avanzado, esto es, reconocer lo sutil, lo inespecífico, lo no clásico de una

enfermedad. La segunda corresponde a que el tiempo es una dimensión crítica en la enseñanza de habilidades diagnósticas, basado en casos. La realidad es que muchos *casos clásicos* no se reconocen inicialmente, sino que son identificados como tales después de que se ha ensamblado las piezas de la evidencia diagnóstica. Este es un proceso que inevitablemente se despliega en el tiempo, con muchos giros y vueltas, tentaciones que nos llevan a caminos con callejones sin salida frustrantes. En los ejercicios de la enseñanza formal, la historia clínica es presentada en forma total, dando a los estudiantes una perspectiva global, después de compilar todo el proceso diagnóstico. Casos como este, carecen del desarrollo cronológico del proceso de enfermedad, lo simplifican en exceso y distorsionan la realidad del aprendizaje y la práctica del diagnóstico clínico.

Es precisamente la capacidad para reconstruir la dimensión del tiempo lo que permite, al menos en parte, agregar un valor educativo a lo que se ha denominado ejercicios de resolución de problemas clínicos introducido por el Dr. Jerome Kassirer y sus colegas en la prestigiosa revista *The New England Journal of Medicine* hace varios años.^{1,2} Ellos logran esta reconstrucción a través de la presentación de fragmentos de información para discutirlo en secuencia, conforme van surgiendo en el tiempo, no como en la presentación tradicional con la información acumulada presentada en conjunto.

Por estos motivos, el cuerpo editorial de la revista Medicina Universitaria decidió incluir, a partir del presente número, una sección titulada *Resolución de problemas clínicos*, en la que grupos de colegas de diferentes especialidades, serán invitados a discutir y argumentar acerca del diagnóstico y tratamiento de condiciones médicas y quirúrgicas que representen un reto en padecimientos relativamente comunes.

Estos conceptos permitirán estimular la enseñanza y el aprendizaje del proceso diagnóstico; el complejo balance entre el beneficio y riesgo de las pruebas diagnósticas, tratamientos y los errores cognitivos en el razonamiento clínico. Consideramos que la enseñanza del razonamiento clínico no necesita ni debe ser demorada hasta que los estudiantes han adquirido la comprensión total de la anatomía y la fisiopatología. Conceptos tales como la generación de una hipótesis, interpretación de una prueba diagnóstica, diagnóstico diferencial y verificación diagnóstica, proporcionan tanto el lenguaje como los métodos para la solución de un problema clínico. Estamos conscientes que la *experiencia* se alcanza por mecanismos aun no precisados, pero creemos que esta sección permitirá, tanto a estudiantes como a médicos practicantes, perfeccionar esta habilidad indispensable en el ejercicio de nuestra profesión.

Referencias

1. Kassirer JR. Clinical problem-solving: a new feature in the Journal. *N Engl J Med* 1992;326(1):60-61.
2. Moskowitz AJ, Kuipers BJ, Kassirer JP. Dealing with uncertainty, risk, and tradeoffs in clinical decisions. A cognitive science approach. *Ann Intern Med* 1988;108(3):435-449.

Francisco J. Bosques Padilla
Subdirección de Educación Continua,
Facultad de Medicina.
Universidad Autónoma de Nuevo León.
Av. Francisco I. Madero y Dr. Aguirre Pequeño s/n
Col. Mitras Centro. Monterrey, Nuevo León, México.
Teléfono: (+52 81) 8329 4193.
Correo electrónico: fbosques58@hotmail.com