

El poder docente del caso clínico en atención primaria: lo pequeño es hermoso

Narrar apropiadamente la historia de un paciente concreto y resumir su padecer en la descripción que llamamos «caso clínico» es un arte que viene de tiempos pretéritos como los papiros de Edwin Smith y de Ebers en el antiguo Egipto, o en Grecia, con el *Corpus hippocraticum*¹. Los hipocráticos distinguieron la enfermedad del enfermar; por ello son abundantes las descripciones de casos clínicos con afán docente, porque cada enfermo es un mundo y el conjunto de esos mundos, una enfermedad.

El universo peculiar de cada padecer se puede describir en ocho apartados²:

1. La estructura familiar del paciente y el impacto de la enfermedad en la misma.
2. La situación laboral del paciente y la repercusión de la enfermedad en el mismo.
3. Las características socioculturales del paciente.
4. Los problemas de la accesibilidad.
5. El proceso diagnóstico.
6. El proceso terapéutico.
7. Los aspectos personales de los profesionales relevantes en el proceso de atención del caso.
8. La evolución del paciente.

Con estos apartados se promueve la narración de casos clínicos «ciertos» o «integrales» que son casos en los que lo psicológico, social, relacional y ecológico tienen la misma importancia que lo biológico.

«A pesar de que los médicos generales/de familia somos conocedores del impacto que tienen sobre la salud y la enfermedad los factores contextuales, a la hora de la verdad, cuando se trata de presentar un caso clínico, parece que, si no seguimos el esquema clásico de motivo de consulta –antecedentes, anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico diferencial, juicio clínico, etcétera–, no somos aceptados por la comunidad científica por no ser serios»³. Si consideramos que conocer las vivencias del paciente o la aportación de datos «blandos» sobre cómo es la relación médico-paciente son cosas que no tienen relevancia en lo clínico, es que no estamos en el mundo de la atención primaria³ (ni de la medicina clemente, segura y sensata).

En la narración del caso clínico conviene negar una neutralidad falsa pues el curso de la atención tiene que ver con el propio profesional. Así, respecto al séptimo punto propuesto, «la tendencia a incluir la experiencia vivida por el profesional

en la producción de conocimiento tiene muchos objetivos epistémicos posibles, que van desde la identificación de puntos ciegos en el sistema actual hasta la cocreación profunda en la que diferentes perspectivas desafían mutuamente los supuestos filosóficos, las ideologías y las dinámicas de poder»⁴.

Los médicos generales/de familia tomamos miles de decisiones clínicas durante un día vulgar, y millones al cabo de nuestra vida profesional. Los resultados de los ensayos clínicos son solo una ayuda más en el complejo proceso de la toma de decisión. No podemos ignorarlos, pero no puede retornarse al dogmatismo autoritario escolástico al que nos lleva la medicina basada en pruebas al menospreciar los saberes compartidos con los casos clínicos.

Los casos clínicos contribuyen a poner los pies en la tierra, al contraste hipocrático entre la enfermedad y el enfermar, al humano (no hay enfermedades sino enfermos), y con ello a compartir conocimiento clave para la práctica clínica en su infinita variedad.

Cabe destacar la «tecnolatría» que describió Ernesto Sábato⁵. Esa idolatría de la técnica y la tecnología que uniforman con sus pruebas y datos «duros» el sufrimiento y la práctica clínica. Es una creencia irracional pensar que estas resolverán las dudas clínicas y sustituirán a los médicos por inteligencia artificial. Convendría rechazar esta convicción porque es una forma de magia y superstición, que precedieron al establecimiento griego de la Medicina como ciencia y arte.

Los casos clínicos bien descritos ayudan a prestar atención con humildad a lo pequeño, hermoso e importante, y permiten compartir con inteligencia lo que no se puede resumir ni en algoritmos ni en guías clínicas.

Ejercer como médico de cabecera es difícil; exige tener, en primer lugar, un gran corazón con los pacientes, conocimientos actualizados y, por último, piedad consigo mismo y con los compañeros. Los pocos ensayos clínicos bien diseñados, realizados y publicados aportan algo al apartado de conocimientos actualizados, pero ni siquiera los resuelven; y nada dicen, por supuesto, de la interacción con los colegas, con los pacientes y con nuestro propio «yo» de la experiencia práctica clínica diaria, de la consulta a rebosar, de la escasez de medios, o del hospitalocentrismo de nuestro sistema sanitario, y de la ceguera de algunos especialistas focales soberbios que, desde su estulticia, nos creen zotes e ignorantes.

Nuestras humildes consultas son fuente inagotable de conocimiento, de respuestas inteligentes a problemas cambiantes, y al describir los casos clínicos damos fogonazos docentes que demuestran que lo pequeño es hermoso e importante.

Los humanos gustamos de las narraciones de todo tipo: cinematográficas, orales, poéticas, teatrales, con marionetas, de mimos, etc. El relato nos lleva de lo

concreto a lo general, hasta los dioses y hasta los infiernos, desde el pasado al presente, y al futuro.

Al exponer los casos clínicos y al participar en estas narraciones, la ciencia médica se ensancha y permite ebullición y brillar el arte que rompe moldes y abre horizontes.

Juan Gérvas¹, Mercedes Pérez-Fernández²

¹Doctor en Medicina, médico rural general jubilado, exprofesor de salud pública, revisor del *British Medical Journal Case Reports*, Equipo CESCA, Madrid, España

²Especialista en Medicina Interna, médico general rural jubilada, Equipo CESCA, Madrid, España

Citar como: Gérvas J, Pérez-Fernández M. El poder docente del caso clínico en atención primaria: lo pequeño es hermoso. *Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI)*. 2024 (agosto); 9(2): 41-41. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n2a1>.

Cite this as: Gérvas J, Pérez-Fernández M. *The educational power of the clinical case in primary care: little things can be marvellous*. *Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI)*. 2024 (August); 9(2): 41-41. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a9n2a1>.

Autor para correspondencia: Juan Gérvas. jjgervas@gmail.com

Bibliografía

1. Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la historia clínica. *Galicia Clin*. 2012; 73 (1): 21-26. Accesible en: <https://galiacliclinica.info/PDF/16/291.pdf> (último acceso jul. 2024).
2. Gérvas J, M. Pérez-Fernández M, Albert V, Martínez-Pérez JA. El caso clínico en Medicina General. *Aten Primaria*. 2002. 30; 405-410. Accesible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-caso-clinico-medicina-general-13038167> (último acceso jul. 2024).
3. Gavilán E. Propuesta de checklist para evaluar casos clínicos integrales en Medicina de Familia. *El Nido del Gavilán*. 2010. Accesible en: https://egavilan.wordpress.com/2010/08/02/casos_clinicos_integrales/ (último acceso jul. 2024).
4. Speyer H. Practicing psychiatry in the third space. *Psychiatry at the margins*. 2024. Accesible en: <https://www.psychiatrymargins.com/p/practicing-psychiatry-in-the-third>. (último acceso jul. 2024).
5. Rosado JA. En busca de lo absoluto (Argentina, Ernesto Sábato y el túnel). Biblioteca de letras. Universidad Nacional Autónoma de México. México, D. F. Coordinación de Humanidades: Programa editorial. 1ª edición. 2000. Accesible en: https://books.google.com.co/books?id=bHfVEZBGxGkC&hl=es&lr&source=gbs_book_other_versions (último acceso jul. 2024).