FACULTAD DE MEDICINA

Cómo redactar un caso clínico según el estilo Vancouver

En medicina, un **caso clínico (CC)** es la presentación comentada de la situación de un paciente, o grupo de pacientes. Se denomina «caso» por ser una realización individual de un fenómeno más o menos general.

El caso es un modelo que ilustra algún componente clínico peculiar por su interés docente, o por su singularidad o rareza.

El CC es una descripción ordenada de los acontecimientos de un paciente en el curso de una enfermedad y de los datos proporcionados por los procedimientos diagnósticos, el tratamiento empleado y la evolución del enfermo.

EL caso clínico (con frecuencia abreviado como «caso») es una exposición detallada de los síntomas, signos médicos, diagnóstico, tratamiento y el seguimiento de un paciente.

El informe de un caso clínico puede contener un perfil demográfico del paciente, y puede describir su situación sociocultural.

Los médicos exponen y estudian casos clínicos para:

Aprender de colegas más experimentados, así como de su propio trabajo.

Contribuir a cambiar y mejorar la práctica clínica.

Reconocer nuevas enfermedades.

Evaluar técnicas diagnósticas y terapéuticas, así como nuevos efectos secundarios de los medicamentos, tanto adversos y como beneficiosos.

Los temas más frecuentes son:

- Una asociación inesperada entre enfermedad y/o síntomas.
- Las características únicas o raras de la enfermedad.
- Presentaciones, diagnósticos y gestión de enfermedades nuevas o emergentes.

- Un evento inesperado en el curso de la observación o el tratamiento de un paciente.
- Un efecto secundario o interacción de medicamentos no declarado o inusual.
- Únicas aproximaciones terapéuticas.
- Resultados que arrojan nueva luz sobre la posible patogénesis de una enfermedad o un efecto adverso.
- Una variación posicional o cuantitativa de las estructuras anatómicas.

Tipología según los datos manejados

- **Duros**: la información se obtiene mediante pruebas complementarias (análisis, técnicas de imagen, electromedicina, etc.)
- **Blandos**: la fuente de información es el propio paciente, mediante la anamnesis y la exploración física. Incluye la vivencia subjetiva y la situación socio-económico-cultural del paciente.

Según el diagnóstico

Básicamente hay dos tipos de casos clínicos:

- **Cerrado**: en el que se ha llegado al diagnóstico final.
- **Abierto**: sin diagnóstico final

Los casos clínicos en Medicina se pueden presentar en diversos formatos:

- **Caso clínico clásico u hospitalario**: es el caso de un paciente concreto del que se presenta la enfermedad actual, los antecedentes pertinentes y la evolución. Normalmente se concluye con el diagnóstico y el tratamiento y, a veces, con el seguimiento para juzgar el impacto en la salud del paciente de las pautas terapéuticas.

- **Caso clínico en atención primaria**: reflejan el trabajo habitual del médico de cabecera y describen el proceso de la enfermedad los eventos que constituyen la medicina general (el impacto en el paciente y en su familia, y el proceso de la atención, con aciertos y errores, y con aspectos personales relevantes a la situación).

- **Serie de casos clínicos**: es la presentación de un grupo de pacientes que comparten el mismo diagnóstico o característica, para valorar la frecuencia de signos y síntomas, la evolución o el resultado de las intervenciones diagnósticas o terapéuticas.

- **Relato de un caso clínico**: es la descripción pormenorizada de la enfermedad de un individuo o grupo, en el que se tiene en cuenta sus vivencias. Lo importante no es la enfermedad en sí, sino las circunstancias en que se produce, y las modificaciones que provoca en la conducta individual y familiar.

- **Encrucijada clínica**: es la presentación consecutiva de un caso, primero por el propio paciente, en forma de relato de un caso breve, y después por su médico de cabecera, en forma similar al caso clínico clásico.

- **Resolución de un problema clínico**: es la presentación, paso a paso, del cuadro clínico ya resuelto de un paciente.

- **Caso clínico con error**: es la presentación de un caso clínico en el que se aprovecha la existencia de un error, por acción u omisión, para analizar el proceso que llevó a cometer ese error. No trata de culpabilizar, sino de determinar los problemas de calidad que hicieron posible ese error.

El reporte del caso clínico tiene los siguientes componentes:

Título, Resumen, Introducción, Presentación del caso, Discusión, y Referencias

Resumen: El resumen debe ser corto, fácil de leer. Incluye entre 100 y 150 palabras. Debe describir los aspectos sobresalientes del caso y por qué merece ser publicado.
Título: El título, como componente esencial de todo artículo, debe ser breve, claro, específico y llamativo. Extensión máxima de palabras 10-15

Presentación del caso: La presentación del caso es la descripción cronológica de la enfermedad y la evolución del paciente. Incluye la sintomatología, la historia clínica relevante, los resultados de exámenes o pruebas diagnósticas, el tratamiento, y el desenlace (mejoría, falta de respuesta, o muerte).

La justificación clínica: o por sus implicaciones para la salud pública. Aquí está implícita una revisión crítica de la literatura sobre otros casos informados, se debe incluir algunos artículos como referencias dentro de esta parte del reporte de caso.

Introducción: La introducción da una idea específica al lector del tópico que representa el caso clínico y sustenta con argumentos (epidemiológicos y/o clínicos) el por qué se publica,
Si se usan pruebas de laboratorio poco usuales se deben incluir los valores normales entre paréntesis.
Si se mencionan medicamentos se debe usar el nombre genérico y las dosis usadas.

Para proteger la confidencialidad del paciente se omite el nombre (o sus iniciales), y el número de historia clínica. Si se publica una foto ilustrativa del caso se protege su identificación, y se hace con autorización escrita del paciente o de su familia.

Cuando son varios casos, es decir, una serie de casos, hay dos opciones: 1. Se puede ampliar el primer caso y los otros se resumen incluyendo sólo diferencias importantes en el examen físico o en los resultados de laboratorio. 2. Se pueden presentar varios casos resumidos. En cualquiera de las dos opciones se aconseja emplear un cuadro resumen de los casos con sus datos sobresalientes.

Diagnóstico: Con evidencia clínica y de laboratorio, y las limitaciones de estas evidencias. Se debe discutir cómo se hizo el diagnóstico diferencial, y si otros diagnósticos fueron descartados adecuadamente. El caso se compara con otros reportes de la literatura, sus semejanzas y sus diferencias. Se mencionan las implicaciones clínicas o sociales del caso o problema presentado. Generalmente hay al menos una conclusión, donde se resalta alguna aplicación o mensaje claro relacionado con el caso. No se deben hacer generalizaciones basadas en el caso o casos descritos.

Discusión**:** En la discusión, se hace un recuento de los hallazgos principales , se destacan sus particularidades o contrastes. Se debe sustentar el diagnóstico obtenido por el autor y puede incluir alguna relación con un caso clínico clásico pertinente.

Referencias: Finalmente, las referencias deben ser relevantes con el tema, y actualizadas.

Qué información debe consignarse en cada caso?

Anamnesis

- Datos completos: sexo del paciente, edad, lugar de residencia (si es relevante para el caso), profesión (si tiene alguna influencia sobre el origen del cuadro clínico o su desarrollo y evolución), etc.
- Antecedentes personales: todos los datos de enfermedades, alteraciones, problemas anteriores, cirugías previas, tratamientos, etc.
- Antecedentes familiares de interés.
- Enfermedad actual: describir la historia del proceso con detalle, ya que es el punto de partida del caso clínico.
- Importante: no ofrecer datos concretos que puedan servir para identificar al paciente.

Exploración física

- Debe ser detallada e incluir los datos que resulten pertinentes para el caso evitando utilizar las siglas que tan habituales irrumpen en la historia clínica.

- Se redacta en forma narrativa.

Pruebas complementarias

- Es recomendable ofrecer todos los datos de una manera ordenada y sistemática, y para ello resulta útil describir los hallazgos de cada prueba en un párrafo aparte con viñetas.
- Deben citarse todas las pruebas realizadas, si los resultados están dentro de los parámetros normales, no es necesario reproducirlos, y bastará con consignar este extremo.
- Sin embargo, cuando los resultados son diferentes o anormales, es preciso describirlos con detalle y, si es posible, incluir alguna imagen (hallazgos en un electrocardiograma, en una prueba de imagen, etc.).
- No se deben utilizar siglas poco habituales que puedan confundir al lector o hacer del caso un texto farragoso y de difícil comprensión.
- IMPORTANTE: todos los valores deben ir acompañados de su unidad de medida correspondiente (fundamental en todos los resultados de analíticas, pruebas de función respiratoria, etc.).

Diagnóstico

- Diagnóstico de sospecha: es el primero en formularse, y se basa en los datos iniciales o la evolución del proceso.
- Diagnóstico diferencial: en muchos casos será preciso estudiar cuáles son las enfermedades posibles y descartarlas basándose en diversos parámetros.
- Final o definitivo: es importante explicar cómo se ha llegado a ese diagnóstico, basándose en los síntomas, la evolución, la eficacia o ineficacia del tratamiento, etc.

Tratamiento y evolución

- Esta parte es el núcleo principal del caso, y debe ser un relato cronológico del proceso o enfermedad, del tratamiento instaurado y de la evolución y respuesta del paciente a dicho tratamiento.
- Es importante describir el tratamiento, citando los principios activos utilizados (sin mencionar marcas comerciales), sus dosis (incluir la unidad de medida), el modo de administración, la posología y la duración del tratamiento. Si es preciso, se pueden incluir los resultados de las nuevas pruebas complementarias realizadas al paciente que sean pertinentes para ilustrar la evolución o el resultado del tratamiento.
- Si se ha realizado una interconsulta con otro servicio o departamento, también debe mencionarse.
- Finalmente, y si es posible, cabe relatar la evolución posterior, las revisiones y el estado actual del paciente.

Discusión

- **Al contrario que el resto del caso clínico, la discusión se redacta en presente**, y puede dividirse en dos apartados fundamentales: descripción general de la enfermedad o alteración descripta, y justificación del interés del caso clínico presentado.
- La parte dedicada a la descripción de la enfermedad debe hacer un recorrido rápido pero preciso de esta, ofreciendo los datos más relevantes y característicos.
- En cuanto a la justificación del caso clínico, debe argumentarse (con datos concretos) su interés (caso con síntomas inusuales, excepcionalidad de la enfermedad, respuesta atípica al tratamiento, etc.).

Bibliografía

Es fundamental ofrecer una bibliografía especializada y centrada en el tema tratado, sin citas de carácter general que no aporten información adicional . Se debe citar a lo largo del texto donde pueda resultar esclarecedora (mediante números volados), y al final del artículo por orden cronológico.
La cita de la bibliografía debe ceñirse a las normas de Vancouver.

OTROS ASPECTOS QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA

Cuidar la gramática, de modo que **incluya los artículos y las preposiciones** en caso de ser necesario. **Ejemplo incorrecto:** *Varón 67 años con lesiones purpúricas en miembros superiores y tronco.*
Ejemplo correcto: *Varón de 67 años con lesiones purpúricas en los miembros superiores y en el tronco.*

El título debe ser **un enunciado afirmativo**. Es decir no puede ser una pregunta, ni una oración negativa ni exclamativa.

Extensión del título: no debe exceder las **12-15** palabras.

Evitar las **siglas.**

Redactar en **un estilo impersonal** (evitando usar la primera persona) y en tiempo pasado. El lenguaje empleado debe ser claro y con un léxico médico para la descripción.

El caso clínico suele estar acompañado con imágenes, gráficos, fotografías o tablas.