

## El caso clínico en medicina general

J. Gervas Camacho<sup>a,b,c</sup>, M. Pérez Fernández<sup>b</sup>, V. Albert Cuñat<sup>c</sup> y J.A. Martínez Pérez<sup>d</sup>

### Introducción

El conocimiento médico aspira a ser científico, pero la ciencia es una asignatura pendiente en medicina, entre otras muchas y diversas, como la antropología, por ejemplo. Además, los médicos manejan en sus decisiones más conocimiento del que cabe en ningún algoritmo o protocolo; son decisiones fundadas, muchas veces, en su experiencia personal y colectiva, bien lejos de lo «científico»<sup>1</sup>.

El contacto con el paciente empieza en el hospital, siguiendo un modelo clásico, y hasta cierto punto obsoleto, de enseñanza clínica<sup>2</sup>, donde el estudiante asiste a sesiones y «rondas» clínicas que le acercan al *enfermar* visto desde la institución sanitaria; incluso en este modelo está disminuyendo el número de horas que el estudiante pasa al lado del paciente, que son sustituidas por el tiempo de ordenador y de valoración de resultados analíticos y de pruebas complementarias<sup>3</sup>. El contacto directo con el paciente permite la transferencia de actitudes y conocimientos, técnicos y humanos, en una mezcla permanente de experiencia personal y colectiva que hace que el estudiante se sienta al mismo tiempo descubridor y heredero de una tradición centenaria. Lamentablemente, el estudiante tarda en exponerse al ambiente más natural del enfermar, en medicina general, en la consulta o en la cabecera de la cama del paciente, a domicilio. Por ejemplo, se considera *temprano* el contacto con el paciente de aten-

ción primaria en el tercer año de medicina, en la Universidad Autónoma de Madrid<sup>4</sup>. No es extraño, pues, que consideren poco científica una práctica clínica milenaria, y que al final de la carrera cunda el desánimo en el estudiante al enfrentarse a la consulta diaria del médico general<sup>5</sup>, y que los recién licenciados, y luego médicos en ejercicio, tiendan a repetir pautas aprendidas en los hospitales aunque trabajen en atención primaria: entre ellas, la presentación de casos clínicos como si estuvieran en el hospital, donde se suele ignorar el contexto socio-cultural del hecho de enfermar.

### Modelos de casos clínicos

El caso clínico es la presentación comentada de un paciente, o grupo de pacientes, que se convierte en «caso», en «realización individual de un fenómeno más o menos general»<sup>6</sup>, en un ejemplo o modelo que ilustra algún componente clínico peculiar, bien por su poder docente, bien por su singularidad o rareza. Pueden distinguirse múltiples formas de presentación de casos clínicos<sup>7</sup>; entre ellas se encuentran las siguientes:

#### Caso clínico clásico

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 la terapéutica y, a veces, con el seguimiento para juzgar el impacto en la salud del paciente de las pautas terapéuticas. Este caso clínico suele tener interés diagnóstico, por lo que muchas veces se presenta en una sesión en la que lo comenta un médico distinto del que atendió al paciente, como un ejercicio de diagnóstico diferencial. Puede ser un caso clínico cerrado (en el que se ha llegado al diagnóstico final) o abierto (sin diagnóstico final). Si se publica, es el típico caso del *New England Journal of Medicine*, o de *Medicina Clínica*. Éste suele ser el modelo que se transmite a los estudiantes co-

#### ▶▶ LECTURA RÁPIDA

##### ▼ Modelos de casos clínicos

▼ El caso clínico es la presentación comentada de un paciente, o grupo de pacientes, que se convierte en «caso», en un ejemplo o modelo que ilustra algún componente clínico peculiar.

▼ El caso clínico clásico 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 la terapéutica y, a veces, con el seguimiento.

▼ La 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.

<sup>a</sup>Médico de Canencia de la Sierra. Madrid. España.

<sup>b</sup>Médico general, Equipo CESCA. Madrid. España.

<sup>c</sup>Secretario de Redacción de la revista SEMERGEN.

<sup>d</sup>Director de la revista SEMERGEN.

Correspondencia:  
Juan Gervas Camacho.  
Travesía de la Playa, 3.  
28730 Buitrago de Lozoya. Madrid. España.

Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

## ▶▶ LECTURA RÁPIDA



El relato de un caso clínico es la descripción pormenorizada del enfermar 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.



La 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.



La resolución de un problema clínico es la presentación, paso a paso, del cuadro clínico ya resuelto de un paciente.

mo ejemplo de caso clínico. En general contiene mucha información «dura» (resultados de pruebas diagnósticas), y poca información «blanda» (vivencia subjetiva del enfermar y situación socioeconómica del paciente), así como mucha información clínica médica y escasa información antropológica, económica, de análisis de decisión o de otras áreas de interés en el seguimiento del paciente.

#### *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. Estas series han ayudado y pueden ayudar a mejorar la práctica clínica, por más que se infravaloren en la actualidad<sup>8</sup>, dada la presión de la epidemiología, la estadística y otras áreas con las que se pretende sustituir la agudeza del clínico avezado, capaz de agrupar casos y elaborar hipótesis y, en ocasiones especiales, describir y proponer nuevas enfermedades. Las series de casos clínicos no se suelen utilizar como ejercicio de diagnóstico diferencial, sino como ayuda al diagnóstico o descripción de una enfermedad o signo/síntoma concreto. En general, las series de casos clínicos no aportan, ni consideran relevante, información blanda ni cuestiones antropológicas, económicas y otras «no médicas».

#### *Relato de un caso clínico*

Es la descripción pormenorizada del enfermar de un individuo o grupo, en el que se tiene en cuenta sus vivencias. El relato se centra en la enfermedad, y en general contiene escasa información dura, mucha información blanda, poca información clínica médica y abundante información antropológica y sociocultural. 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. En el relato suele destacarse el aspecto subjetivo, la forma en que el enfermo vive la enfermedad, y las opiniones de los profesionales sanitarios. Los hechos objetivos, como resultados de pruebas, se tamizan para componer el decorado en el que se mueve el paciente. El relato de un caso clínico suele buscar un impacto que

contribuya a compensar la frialdad de los textos médicos habituales, y lo logra mediante la descripción de las circunstancias en las que se desarrolla la vida cuando llega la enfermedad.

#### *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. El médico presenta un problema acerca del seguimiento del paciente, diagnóstico o terapéutico, al que responde un experto o especialista, con consideraciones tanto clínicas como epidemiológicas y, a veces, de análisis de decisión y económicas. Como tal, se presenta con regularidad en el *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, y se ha publicado un caso en *SEMERGEN*<sup>9</sup>. Lo característico es que se oye la voz del paciente, quien relata su experiencia de la enfermedad, y la voz del médico de cabecera, quien tiene posibilidad de expresar los problemas del tratamiento de la enfermedad, teniendo en cuenta las circunstancias personales y familiares del paciente. Además, el comentario del experto/especialista no es un simple ejercicio de diagnóstico diferencial, sino una amplia valoración del caso y de sus implicaciones clínicas, epidemiológicas y sociales. Habitualmente se da información acerca de la evolución del paciente al cabo del año de su presentación original, en una breve apostilla.

#### *Resolución de un problema clínico*

Es la presentación, paso a paso, del cuadro clínico ya resuelto de un paciente, de forma que se inicia con la información mínima necesaria para que un médico clínico ajeno a la institución en que fue atendido originalmente el paciente pueda empezar a generar hipótesis acerca del diagnóstico y tratamiento. A continuación se va dando información que permite que el médico afine el diagnóstico y haga consideraciones acerca de la evolución y del seguimiento del paciente. El ejercicio acaba con el diagnóstico final del paciente y, a veces, con una nota acerca de su evolución al cabo de un cierto tiempo. Se añade un comentario en el que se valora tanto la oportunidad de la actuación clínica como la intervención

del médico que se ha enfrentado al problema clínico; suele ser un comentario que va mucho más allá del caso clínico concreto y que incluye consideraciones acerca de la atención clínica y del proceso diagnóstico, con datos de análisis de decisión, o acerca de la formación y educación de los médicos. Se publica con cierta regularidad en el *New England Journal of Medicine*.

### El caso clínico en medicina general

Las posibilidades docentes de la presentación de un caso clínico en medicina general se pierden por completo cuando se pretende copiar el modelo de «caso clínico clásico», el típico de los hospitales. Por supuesto, la generación de hipótesis y el diagnóstico diferencial son esenciales en medicina general, pero los médicos de cabecera tenemos una visión de enfermar de la que carecen los especialistas. La información que se presenta en el caso clínico hospitalario es parcial, ceñida a lo estrictamente clínico y «científico». Por ejemplo, raramente se habla del simple estado civil, de la ocupación y nivel socioeconómico del paciente, de su rol familiar o acerca de las condiciones de su vivienda; por supuesto, es imposible saber nada acerca de los problemas de accesibilidad o del coste indirecto de la atención (los costes que debe soportar el paciente y su familia, como tiempo para ir a consulta y a pruebas complementarias); tampoco se dice nada acerca de los costes directos de la atención, y de los costes de las distintas alternativas diagnósticas y terapéuticas; por supuesto, se suele ignorar el impacto del enfermar en la actividad laboral del paciente o en sus actividades de la vida diaria. El paciente es «cosificado», y su caso se presenta como una simple extensión de los textos clínicos médicos, como una visión idealizada del enfermar que no existe en el mundo real. Por supuesto, el relato, la encrucijada y la resolución de problemas clínicos intentan acercarse al mundo real, a la forma en que suceden las cosas en la práctica clínica diaria, en el entorno del paciente y del médico. En medicina general la presentación de casos clínicos debería incluir elementos de todos estos modelos<sup>7,10</sup>. En concreto, proponemos que el caso clínico en medicina general incluya información, al menos, acerca de:

#### *La estructura familiar del paciente y el impacto de la enfermedad en la misma*

No es sólo el estado civil y el barrio en que habita, sino algo más. Por ejemplo, en un niño, si es hijo único, si vive con sus padres naturales; en un adulto, si tiene hijos, si forma una familia nuclear o si está emparejado con alguien de su mismo sexo. Lo relevante es lo necesario para entender la repercusión del enfermar en su estructura familiar, a lo que se debe dedicar un comentario; por ejemplo, en un caso de impotencia por diabetes no diagnosticada, «el paciente tuvo graves problemas con su mujer, que llegó a pensar que su esposo tenía una amante». No se trata de escribir una novela, sino de relatar aquello que es importante en la vida del paciente.

#### *La situación laboral del paciente y la repercusión de la enfermedad en el mismo*

Se trata de exponer la profesión y ocupación del paciente, para que sea entendible el impacto de la enfermedad en la misma. Por ejemplo, en un caso de diabetes gestacional, «la paciente, licenciada en Filología Árabe, trabajaba en el turno de noche de una fábrica de componentes electrónicos, como encargada de una sección de cinco trabajadores; se le dio la baja 3 meses antes del parto». Naturalmente, si se trata de un caso clínico de enfermedad o accidente laboral, curiosamente casi inexistentes en la bibliografía médica, la historia laboral debe ser un capítulo abultado en el mismo.

#### *Las características socioculturales del paciente*

Se busca transmitir la información necesaria para comprender el medio en que vive el paciente. Por ejemplo, en un caso de leiomioma de intestino delgado, «el paciente vive en un pueblo de la Sierra de Ayllón, mal comunicado con la capital de provincia, y es analfabeto, por lo que en todas las consultas a especialistas le acompañaba su hija mayor, que le ayudaba a orientarse en la maraña de volantes y documentos varios». Lo fundamental es aportar datos que permitan valorar el impacto de enfermar y del proceso de atención, según la situación social y la cultura del paciente, lo que incluye, si es relevante, una nota acerca de las condiciones de la vivienda. No debería ser un tabú hablar de creencias culturales o religiosas que reper-

#### ▶▶ LECTURA RÁPIDA



#### El caso clínico en medicina general



Las posibilidades docentes de la presentación de un caso clínico en medicina general se pierden por completo cuando se pretende copiar el modelo de «caso clínico clásico», el típico de los hospitales.



Proponemos que el caso clínico en medicina general incluya información, al menos, acerca de:

– *La estructura familiar del paciente y el impacto de la enfermedad en la misma*

Lo relevante es lo necesario para entender la repercusión del enfermar en su estructura familiar:

– *La situación laboral del paciente y la repercusión de la enfermedad en el mismo*

– *Las características socioculturales del paciente*

Se busca transmitir la información necesaria para comprender el medio en que vive el paciente. Lo fundamental es aportar

datos que permitan valorar el impacto de enfermar y del proceso de atención, según la situación social y la cultura del paciente.

– *Los problemas de la accesibilidad*



## ▶▶ LECTURA RÁPIDA



## – El proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico incluye la generación de hipótesis y su modificación según la evolución del paciente y el resultado de las pruebas complementarias. Hay que poner el proceso diagnóstico en su sitio, según sucede en nuestro sistema sanitario, con los éxitos y fracasos de la coordinación de la atención, de los tiempos de espera y de su coste.

## – El proceso terapéutico

– Los aspectos personales de los profesionales relevantes en el proceso de atención del caso

Lo lógico es que la presentación del caso clínico en medicina general acabe con las consideraciones pertinentes subjetivas y personales del médico que atendió el caso.

## – Información sobre la evolución del paciente

Tras el diagnóstico y el tratamiento hay una vida, una persona y su entorno, que debe adaptarse a una realidad cambiante. Para el médico general hay un episodio de enfermedad en la biografía médica de una persona. Para el paciente, la enfermedad representa una experiencia vital que, a veces, modifica cosas profundas.



cutan en el hecho de enfermar, pues los pacientes (y los profesionales) tienen una conducta que depende básicamente de dichas creencias. Por ejemplo, en un caso de metrorragia incoercible, «la paciente había acudido 2 meses antes a su médico de cabecera para solicitar ‘a píldora del día siguiente’, quien se la había negado, aduciendo razones de conciencia; la enferma, católica convencida, no consideró la posibilidad de abortar hasta que su madre le hizo notar que había observado que llevaba dos meses sin llegar».

*Los problemas de la accesibilidad*

Los pacientes acceden a los servicios sanitarios con demandas que pueden ser anecdóticas, sin relevancia en el proceso de la atención o pueden solicitar atención en lugar o momento inapropiado, o verse obligados a superar barreras temporales, geográficas, económicas y/o culturales. En la exposición del caso clínico debería comentarse lo más relevante al respecto. Por ejemplo, en un caso de tuberculosis, «la paciente, dada su condición de inmigrante ilegal, sólo asistía a la consulta de urgencias en el centro de salud y su razón de consulta giró en todos los contactos, cinco antes de la sospecha diagnóstica, en torno a las dificultades que provocaba la tos en el descanso nocturno de su marido; adicionalmente, habla muy mal español, y solía venir acompañada por su esposo, quien insistía de manera exagerada en lo poco que dormía por culpa de la tos de su mujer».

*El proceso diagnóstico*

El proceso diagnóstico incluye la generación de hipótesis y su modificación según la evolución del paciente y el resultado de las pruebas complementarias. Lo importante es que se relate el proceso diagnóstico con honradez, se tenga en cuenta la participación y coordinación de los distintos profesionales (incluyendo los de las medicinas «alternativas»), se valoren los costes de las distintas alternativas diagnósticas, tanto directos como indirectos (para el paciente y su familia, por ejemplo), se «personalice» el diagnóstico diferencial, de forma que se valore la repercusión de la frecuente polipatología en atención primaria y se expongan las difi-

cultades prácticas, como tiempos de espera, pérdidas de resultados y demás. Por ejemplo, en un caso de absceso epidural por *Brucella*, «el médico de cabecera, al aparecer la fiebre, derivó al paciente a reumatología, donde fue atendido al cabo de 3 meses de la derivación; entre tanto, el paciente había acudido a un curandero en Madrigal de las Altas Torres quien le recomendó una dieta de ajos, con la que mejoró espectacularmente, hasta el punto de dudar en acudir a la consulta con el reumatólogo; dicho especialista solicitó diversas pruebas diagnósticas sin hacer una exploración física al paciente». Es decir, hay que poner el proceso diagnóstico en su sitio, según sucede en nuestro sistema sanitario, con los éxitos y fracasos de la coordinación de la atención, de los tiempos de espera y de su coste. No ayuda presentar un proceso diagnóstico idealizado, maquillado respecto a los errores y dificultades prácticas.

*El proceso terapéutico*

Tras el diagnóstico se propone un tratamiento (según marcan los cánones, aunque en muchas ocasiones, en la práctica, el diagnóstico justifica el tratamiento)<sup>11</sup>. Aparentemente se trata sólo de un problema técnico, aunque en realidad las cosas son muy distintas. Por ejemplo, en un caso de aparente depresión que acaba en enfermedad de Addison, tras el cambio de medicación, de clomipramina a hidrocortisona, y la mejoría consiguiente, «la paciente siguió erráticamente el tratamiento, por los efectos secundarios de la hidrocortisona, en especial la cara de luna, de forma que hubo que hablar con la hija y con el farmacéutico comunitario, para que cooperaran en convencer a la paciente de la necesidad del cumplimiento de la pauta terapéutica; el contacto con el farmacéutico permitió saber que la paciente seguía abusando de los laxantes». Es habitual creer que el trabajo médico acaba cuando el diagnóstico lleva a un tratamiento concreto y eficaz, pero en medicina general sabemos que eso es sólo el punto inicial de un proceso complejo, el del «cumplimiento» terapéutico, un reto en la práctica diaria cuando los pacientes viven en la comunidad, no en instituciones cerradas. Además de los problemas del cumplimiento, el caso clínico

en medicina general debe destacar los problemas de la polimedicación y los efectos adversos de los medicamentos.

#### *Los aspectos personales de los profesionales relevantes en el proceso de atención del caso*

El medio hospitalario «despersonaliza» a profesionales y pacientes, como reflejan los casos clínicos clásicos. Sin embargo, el trabajo clínico es una interacción personal, un encuentro entre seres humanos, unos con cierto grado de formación específica y otros con sufrimientos que buscan consuelo. Lo lógico es que la presentación del caso clínico en medicina general acabe con las consideraciones pertinentes subjetivas y personales del médico que atendió el caso. Ello requiere honradez y franqueza, pues no hay otra forma de ser «humano». Por ejemplo, en un caso de escabiosis, «el paciente acudía siempre mal aseado y sucio, apestando a tabaco y alcohol, y exhibiendo su conducta promiscua, tanto con prostitutas como con compañeras de trabajo, lo que provocaba mi rechazo, por identificación femenina con su esposa, una buena mujer, y por su descarada forma de mirarme, lo que retrasó el diagnóstico, al no proceder a la exploración genital en la primera consulta por los síntomas comentados». No se trata de hacer un psicodrama y de desnudar nuestra alma sino de abandonar esta corriente de falsedad e hipocresía que presenta la actividad médica como «angelical», pura y neutra, en la que a fuerza de ignorar nuestros sentimientos y valores creemos que no existen o que no nos influyen.

#### *Información sobre la evolución del paciente*

Tras el diagnóstico y el tratamiento hay una vida, una persona y su entorno, que debe adaptarse a una realidad cambiante. Para el médico hospitalario todo acaba con el alta, aunque cite al paciente al año, para revisión. Para el médico general hay un episodio de enfermedad en la biografía médica de una persona. Para el paciente, la enfermedad representa una experiencia vital que, a veces, modifica cosas profundas. Por ejemplo, tras la mastectomía y la quimioterapia subsiguiente, «la paciente adquirió una prótesis mamaria, para recuperar la imagen externa; respecto a su vida sexual, la reinició al cabo de un mes del al-

ta definitiva de forma satisfactoria, con una compañera de gimnasio». La evolución del caso, en este ejemplo, no es sólo la aparición de metástasis, o la normalidad de las pruebas a los 5 años, sino la integración del hecho del enfermar y de las minusvalías correspondientes, en la vida personal, familiar, laboral y cultural de la paciente. Sobre todo esto deberíamos decir algo si de verdad somos y queremos ser médicos generales. El caso no debería cerrarse sin un comentario acerca de los aspectos éticos del mismo, como el respeto a la autonomía del paciente. En un ejemplo, de un caso de esclerosis en placa, «el paciente rechazó la RMN por su agorafobia y una experiencia previa desastrosa al respecto, lo que obligó a modificar el proceso diagnóstico». El respeto a los derechos humanos es parte intrínseca de la calidad clínica, y la ética parte consustancial de la medicina general.

#### **Conclusión**

La formación médica depende en exceso de los hospitales, lo que se refleja en la forma en que exponemos los casos clínicos. En medicina general los casos clínicos deben reflejar el trabajo habitual, único método con el que se puede llegar a mejorar la calidad de nuestra atención. La práctica diaria es fuente continua de formación continuada, si la exploramos con sinceridad y con metodología apropiada<sup>12</sup>. En la presentación de un caso clínico no hay que seguir el guión de una telenovela, pero tampoco maquillar la realidad hasta transformarla en la ficción deshumanizada que se pretende «científica». Con honradez, sencillez y claridad, sin imitar modelos ajenos, se pueden presentar casos clínicos que reflejen el curso del enfermar, el impacto en el paciente, y el proceso de la atención, con aciertos y errores, y con aspectos personales relevantes a la situación. Si el caso clínico busca ser un ejemplo o modelo, si pretende un objetivo docente, debe reflejar y describir el proceso del enfermar en toda la gama de eventos que constituyen la medicina general.

#### **Addendum**

En junio de 2002, la revista estadounidense *Annals of Internal Medicine* ha introducido un nuevo modelo de caso clínico, el caso clínico con error<sup>13,14</sup>. Es la presentación de un caso clínico en el que se aprovecha la existencia de un error,

#### ▶▶ LECTURA RÁPIDA



#### **Conclusión**



En medicina general los casos clínicos deben reflejar el trabajo habitual, único método con el que se puede llegar a mejorar la calidad de nuestra atención.



Si el caso clínico busca ser un ejemplo o modelo, si pretende un objetivo docente, debe reflejar y describir el proceso del enfermar en toda la gama de eventos que constituyen la medicina general.

por acción u omisión, para analizar el proceso que llevó a cometer dicho error. Lo importante no es el diagnóstico o el tratamiento del paciente, sino el análisis pormenorizado de la situación clínica, paso a paso, para ir señalando los episodios estructurales y circunstanciales que llevaron al citado error. No se trata de demostrar quién fue el culpable sino de determinar los problemas de calidad que hicieron posible ese error.

### Bibliografía

1. Tanenbaum S. What physicians know. *N Engl J Med* 1993;329:1268-71.
2. Stoeckle JD. The market pushes education from ward to office, from acute to chronic illness and prevention. Will case method teaching-learnig change? *Arch Intern Med* 2000;160:273-9.
3. Anderson RC, Fagan MJ, Sebastian J. Teaching the students the art and science of physical diagnosis. *Am J Med* 2001;110:419-23.
4. Tarjuelo A. La enfermedad en el contexto familiar y social. A propósito de un caso clínico domiciliario. *SEMERGEN* 2000;26:163-4.
5. Paños J, Gérvas J. Una estudiante de sexto de medicina en un centro de salud. La opinión del estudiante versus la del tutor. *Dimens Hum* 1998;2:53-60.
6. Seco M, Andrés O, Ramos G. Diccionario del español actual. Madrid: Aguilar, 1999.
7. Morris BAP. Suggested guidelines for the family medicine case report. *Can Fam Physician* 1990;36:1351-2.
8. Aronowitz RA. When do symptoms become a disease? *Ann Intern Med* 2001;134:803-4.
9. Arriba G, Martínez Pérez JA. Insuficiencia renal crónica. *SEMERGEN* 2001;27:182-9.
10. Martins C, Mauroy I, Costa P. Uma avó e dois netos adolescentes: um «agregado» de problemas. *Rev Port Clin Geral* 2000;16:3 13-28.
11. Howie JGR. *Research in general practice*. 2nd ed. London: Chapman and Hall, 1989.
12. Gérvas J, Carra B, Fernández Camacho MT, Pérez Fernández M. La docencia en un centro de salud no docente. *Med Clin (Barc)* 1998; 111:218-21.
13. Chassin MR, Becher EC. The wrong patient. *Ann Intern Med* 2002;136:826-33.
14. Watcher RM, Shojania KG, Saint S, Markowitz AJ, Smith M. Learning from our mistakes: quality ground rounds; a new case-based series on medical errors and patient safety. *Ann Intern Med* 2002;136:850-2.