

Como leer un artículo: Guía para la lectura crítica de una serie de casos

Case-series critical approach guideline

Sergio Terrasa*, Tomás Caccavo, Javier Ferraris, Tomás Fescina, Eduardo Fuertes, María Gómez, Joaquín Marquevich, Juan Peresson y Rolando Sand**.

Resumen

Se describe la estructura general de las series de casos, sus diferentes subtipos, sus objetivos, sus ventajas y sus desventajas. Se ilustran los conceptos con ejemplos históricos y se resumen dos series de casos: el primer reporte de pacientes con el síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y una serie de casos con polimialgia reumática.

Se brindan algunas pautas para abordar en forma crítica la lectura de las series de casos, especialmente cuando se trata de obtener información sobre la frecuencia de aparición de cierta información semiológica (del interrogatorio, del examen físico o de exámenes complementarios) con el objetivo de excluir o confirmar un diagnóstico. Se hace hincapié en el momento histórico en que fue recogida la información, la representatividad de la muestra, el modo de documentación de la enfermedad, la intensidad, la consistencia y la calidad de la pesquisa de las manifestaciones clínicas, y la precisión de la estimación de la frecuencia de aparición de las mismas. Se utilizan ejemplos para facilitar la comprensión de estos conceptos y se explica como calcular el intervalo de 95% de confianza de una proporción.

Abstract

The general structure of the case-series, their different subtypes, their objectives, their advantages and their disadvantages are described in this article. The concepts are illustrated with historical examples and the summary of two case-series: the first report of patients with acquired immuno deficiency syndrome (AIDS) and a report of patients with rheumatic polymyalgia.

Some rules are offered for the critical approach of case-series, especially those concerning the frequency of appearance of semiologic information (from the interrogatory, the clinical examination or about complementary exams) with the objective to exclude or to confirm a diagnosis. Stress is made in the historical moment when the information was picked up, the representativeness of the sample, the way of documentation of the illness, the intensity, the consistency and the quality of the investigation of the clinical manifestations, and the precision of the estimate of the frequency of appearance of the same ones. Examples are used to facilitate the understanding of these concepts and it is explained how to calculate the 95% confidence interval of a proportion.

Palabras clave: serie de casos, estudios descriptivos, intervalo de confianza, diagnóstico. **Key words:** case-series, descriptive studies, confidence interval, diagnosis.

Sergio Terrasa, Tomás Caccavo, Javier Ferraris, Tomás Fescina, Eduardo Fuertes, María Gómez, Joaquín Marquevich, Juan Peresson, Rolando Sand y Sergio Terrasa. El reporte de un caso y las series de casos. Evid. actual. práct. ambul; 10(1): 19-22, ene-feb.2007.

LOS REPORTES DE UN CASO Y LAS SERIES DE CASOS

Introducción

Desde los tiempos de Hipócrates hasta los primeros años del siglo XX, los reportes de casos -la mayoría sobre un único caso- constituyeron la mayor parte de los escritos de la bibliografía médica¹ y siguen integrando frecuentemente la mayoría de las publicaciones periódicas y comunicaciones a los congresos de las diferentes especialidades.

Puede tratarse del reporte de "un caso" (p. ej. un paciente con meningitis tuberculosa enmascarada por un síndrome confusional²) o de una "serie de casos" con alguna característica semejante, generalmente el mismo diagnóstico. En el devenir histórico de la medicina basada en la evidencia vale destacar como hito el reporte de una serie de 12 casos que hiciera Lind en 1753 comunicando el beneficio de comer frutas cítricas para curar el escorbuto³.

Este tipo de estudio organiza y vuelve a narrar -la primera narración ocurrió en la historia clínica- la evolución de la enfermedad de un paciente o de un grupo de ellos, los procedimientos diagnósticos realizados, los cuidados médicos instituidos y/o los resultados obtenidos. Cuando se trata de una serie de casos, estos se seleccionan a partir de alguna categoría taxonómica que los vuelve agrupables⁴: similitudes sindrómicas (ej. series de pacientes con síndrome confusional o con lumbalgia crónica) etiológicas (ej. quemados) anatómicas (ej. obesidad abdominal) histológicas (ej. biopsia hepática con esteatosis) fisiológicas (ej. resistencia a la insulina) genéticas (ej. genética del cáncer de mama) moleculares (HLA B27) de los resultados de algún estudio complementario (ej. ecografía hepática compatible con esteatosis) del tipo de tratamiento (ej. pacientes que fueron sometidos a trasplante de médula ósea) de algún efecto adverso (ej. pacientes que desarrollaron citopenias consecutivamente al tratamiento con drogas anti-tiroideas) etc.

Objetivos de los reportes de casos

Los reportes de casos muchas veces pretenden informar sobre un hallazgo único, pudiendo utilizarse también para corroborar alguna descripción previamente comunicada o para realizar un recordatorio útil en el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad.

Un uso muy frecuente de este tipo de diseño descriptivo es el reporte e investigación de epidemias, por ejemplo las de enfermedades infectocontagiosas, los brotes de intoxicaciones alimentarias, las enfermedades laborales por exposición prolongada a algún agente físico, etc.

Frente a epidemias, los casos reportados a las autoridades de salud pueden representar sólo una pequeña fracción del total de los existentes en la población, pero pueden ayudar a identificar alguna potencial fuente de exposición o transmisión de la enfermedad⁵, lo que permitirá implementar las medidas correspondientes para atenuar la epidemia.

Forteza Fernández⁶ clasifica los reportes de casos según se refieran a alguna de las categorías que siguen:

- Un hecho inesperado en el curso de la observación o tratamiento de un paciente (p. ej. el efecto adverso de un medicamento, o de la interacción de dos fármacos).
- Una enfermedad o un enfoque terapéutico nuevo u original (p. ej. el tratamiento del acné con azitromicina).
- Hallazgos que pueden explicar la posible patogénesis de una enfermedad o reacción adversa.
- Una inesperada asociación entre enfermedades o síntomas.

Información incluida y organización de los reportes de casos o series de casos

Este formato permite organizar y sintetizar la información sobre tiempo, lugar y personas para que ésta pueda ser revisada e interpretada rápidamente.

* Médico Especialista en Medicina Familiar. Profesor Adjunto del Departamento de Salud Pública del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires. Sergio.terrassa@hospitalitaliano.org.ar

** Alumnos de la Escuela de Medicina del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires.

La información a recolectar depende de la condición clínica a la que se refiera, pero básicamente puede ser agrupada en cuatro categorías y debe incluir todas las variables disponibles que puedan juzgarse relevantes para interpretar los hallazgos que se están comunicando en el reporte⁶.

- Información de identificación: nombre, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, datos para contactar a quien reportó el caso.
- Información demográfica: edad, sexo, raza, lugar de trabajo o de residencia, historia de viajes.
- Información clínica: manifestaciones con su fecha de aparición, hallazgos de laboratorio, severidad de la enfermedad, co-morbilidades, evolución.
- Información sobre factores de riesgo: los conocidos y los hipotéticos de acuerdo al conocimiento existente sobre el tema en dicho momento histórico, como hábitos de vida, uso de medicaciones previas.

Ventajas

Su principal fortaleza es la velocidad con la que pueden realizarse y comunicarse⁷, lo que puede ser vital cuando es necesario implementar rápidamente medidas para controlar una epidemia. Permiten estudiar exposiciones o enfermedades muy poco frecuentes ya que al igual que los estudios de "casos y controles"⁸, la investigación parte de los casos identificados, independientemente de su incidencia o prevalencia.

Pueden ser de gran utilidad frente a nuevas enfermedades y permiten esbozar las primeras hipótesis de causalidad. Si bien poseen la importante desventaja de ser estudios "no controlados", lo que puede conducir a conclusiones erróneas respecto de las asociaciones causales evaluadas, en ocasiones permiten hacer la descripción clínica de un síndrome, enfermedad o asociación causal de la que se sabía poco hasta ese momento histórico, como el la descripción de los primeros casos de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida⁹ que se resume en el cuadro 1.

Cuadro 1: resumen una serie de casos.

Neumonía por *Pneumocystis carinii* adquirida en la comunidad: manifestación inicial disfunción en la inmunidad celular

Once casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* adquirida en la comunidad ocurrieron entre 1979 y 1981.

Siete de ellos eran hombres jóvenes abusadores de drogas y seis, homosexuales.

La evaluación inmunológica reveló una reducción en los recuentos linfocitarios, de los de la subpoblación T y de la proliferación linfocitaria, con preservación de la inmunidad humoral. De los once pacientes, uno presentó Sarcoma de Kaposi y otro, linfadenopatía angioinmunoblástica.

Ocho pacientes murieron y no se pudo llegar al diagnóstico de la enfermedad inmunosupresora en los tres sobrevivientes, a pesar de la persistencia de las manifestaciones de supresión de la inmunidad.

Conclusión: Estos casos sugieren la importancia de la inmunidad celular en la defensa contra el *P. carinii*. Su ocurrencia entre abusadores de drogas y homosexuales indica que estos grupos estarían expuestos a un mayor riesgo de contraer esta infección.

Resumido de: Masur H, et al. An outbreak of community-acquired *Pneumocystis carinii* pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med.* 1981;305(24):1431-8.

Suelen tener un lenguaje sencillo fácilmente comprendido por toda la comunidad científica y aún por la población general⁷. En ocasiones, las series de casos permiten establecer secuencias temporales entre la exposición a un determinado factor "causal" o de riesgo y el desarrollo de alguna manifestación clínica, enfermedad o resultado. Cuando es confiable el sistema de reporte de los casos (p. ej. lesiones de tránsito graves o infecciones intra-hospitalarias por algún germen para el cual existe un adecuado sistema de vigilancia) y cuando se dispone de un denominador estable (población de un determinado lugar geográfico en el primer ejemplo o número de pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos en el segundo) es posible calcular la incidencia del evento en cuestión.

Desventajas

La principal desventaja y factor limitante de los estudios de series de casos es que, al ser trabajos descriptivos, no permiten probar una asociación estadística, debido a la ausencia de un grupo de comparación. Si este existiera estaríamos hablando de estudios analíticos como los de casos y controles⁸, los estudios de cohortes⁸ o los ensayos clínicos controlados.

Un tipo especial de serie de casos

Un tipo especial de serie de casos, es el que agrupa pacientes con el mismo diagnóstico final confirmado y sobre la base de las manifestaciones clínicas que estos presentaron, permite estimar la frecuencia de las mismas, como la serie de pacientes con polimialgia reumática que se describe en el cuadro 2.

Cuadro 2: resumen una serie de pacientes con polimialgia reumática atendidos en consultorios de reumatología, en la que se muestra la frecuencia de las distintas manifestaciones clínicas.

Myklebust G y col. Hospital Central de Aust Agder, Arendal, Noruega (n=287)		Al inicio del cuadro	Al diagnóstico
Dolor	De la cintura escapular	21%	78%
	De la cintura pelviana	16%	66%
	Del cuello y el torso	18%	55%
Molestia en articulaciones periféricas (incluye sinovitis)		12%	21%
Pérdida de peso		5%	29%
Astenia, dolor en el cuerpo o síndrome tipo gripal		7 a 10%	5 a 28%
Elevación de la eritrosedimentación		97%	

Resumido de: Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. *Br J Rheumatol.* 1996 Nov;35(11):1161-8

LECTURA CRÍTICA DE UNA SERIE DE CASOS

Documentación de la enfermedad

Es importante preguntarnos si estamos de acuerdo con los autores del reporte respecto de la forma en que documentaron el diagnóstico que permitió agrupar a los casos que integran la serie que estamos analizando, básicamente para asegurarnos que en dicha serie de casos de una determinada patología no hayan sido incluidos personas que tuvieran otra enfermedad como causante de sus manifestaciones clínicas. El modo habitual de reducir esta incertidumbre es definir ciertos criterios para documentar el diagnóstico en cuestión. Una excepción que puede hacerse a este tipo de recomendación son las series de casos que describen nuevos síndromes o nuevas enfermedades, como el que se describió en el cuadro 1.

Al igual que cuando se analiza la validez de los resultados de un estudio que evalúa alguna metodología diagnóstica, sería bueno que los criterios diagnósticos fueran diferentes e independientes de las manifestaciones clínicas. Si bien esta premisa es innegociable cuando se está evaluando alguna herramienta diagnóstica, es razonable ser menos estricto en la evaluación de una serie de casos, ya que se trata generalmente de una recolección retrospectiva de la información. Como dijimos, los autores del reporte vuelven a narrar por segunda vez lo que se documentó en la historia clínica. Sin embargo, quienes documentaron la información en la historia clínica es muy probable que no lo hayan hecho pensando en un futuro reporte, sino en hacer su trabajo asistencial, por lo tanto es probable que quienes informaron los estudios complementarios (por ejemplo, imágenes o anatomía patológica) conocieran información clínica de los pacientes y no fueran totalmente independientes a la hora de realizar dichos informes, lo que es compatible con una práctica clínica de buena calidad.

Cuando no existe una prueba o test de referencia para documentar un diagnóstico (p. ej. cinecoronariografía para la enfermedad



coronaria) se acude al diagnóstico o clasificación sindrómica a través de criterios consensuados por expertos (p. ej. trastornos de la salud mental, enfermedades reumáticas, etc.). Si bien en muchas situaciones clínicas es razonable esta elección ya que no existen pruebas de referencias, puede cometerse el error de sobreestimar las características operativas (sensibilidad* y especificidad*) de alguna manifestación clínica que forma parte de la definición de la enfermedad según los criterios diagnósticos o de clasificación de que hablábamos previamente¹⁰. Al derivado de este razonamiento circular se lo denomina "sesgo de incorporación".

Por lo tanto, cuando estamos evaluando la frecuencia de cierto síntoma o signo clínico en función de determinar su sensibilidad para la detección de cierta enfermedad es importante fijarse cuanto se superpone con la definición de la enfermedad.

Resumiendo, deberíamos juzgar de acuerdo a los estándares de la práctica actuales y a nuestro sentido común si estamos de acuerdo en la "definición de caso" que decidieron utilizar los autores de una serie de casos.

Validez externa de acuerdo a los casos incluidos en el reporte

Otro punto que nos ayudará a evaluar la relevancia del estudio es considerar la representatividad de los casos seleccionados para el reporte. Los reportes de casos son muestras no aleatorizadas que provienen de un universo que estaría integrado por la totalidad de los casos existentes de dicha enfermedad, aún los no incluidos en la serie. Como en el resto de los estudios clínicos de investigación es importante evaluar:

1- Dónde fueron recolectados los casos presentados y si esta información está explicitada en el trabajo: Por ejemplo, si provienen de un centro de referencia ultraespecializado en un subgrupo de patologías, es más probable que se trate de casos de diagnóstico más difícil por su presentación inusual, de peor evolución o pronóstico, o bien, sometidos a más tratamientos previos, lo que puede implicar que hayan tenido una presentación clínica diferente a la que habrían tenido si hubieran sido recolectados de un consultorio de atención primaria o mediante un rastreo poblacional comunitario (p. ej. control escolar de niños aparentemente sanos). Este punto es relevante a la hora de estimar la frecuencia de presentación de las diferentes manifestaciones clínicas ya que, dependiendo del lugar donde hayan sido recolectados los casos, estas pueden sub o sobre-estimarse. Por ejemplo, una serie de casos proveniente de un servicio de medicina laboral que evalúa periódicamente con radiografías cervicales y lumbares a los trabajadores de una fábrica es probable que reporte una frecuencia de dolor lumbar asociado a la presencia de signos radiológicos de osteoartritis más baja que una serie de casos provenientes de un servicio de traumatología, ya que a este último tienden a concurrir los pacientes más sintomáticos.

2- Cómo fueron seleccionados los sujetos y quienes fueron incluidos. Es importante contar con la información demográfica de los casos descriptos (edad, sexo, raza, condición socioeconómica, etc.) de las variables que puedan estar asociadas al modo de presentación de la enfermedad (p. ej. en la población de ancianos aumenta la probabilidad de que una neumonía se presente con un síndrome confusional y disminuye la probabilidad de que lo haga con fiebre alta).

3- La descripción clínica de los pacientes incluidos. La misma nos hablará de la severidad de la enfermedad, si se trata de estadios iniciales o avanzados, de las comorbilidades, si se parecen a los que atendemos habitualmente, etc. En este caso nos interesa saber si los casos incluidos en el reporte representan un amplio espectro de los pacientes existentes con dicha condición clínica o una fracción del mismo, por ejemplo pacientes añosos. Idealmente, la frecuencia de las diferentes manifestaciones clínicas de los pacientes del reporte debería ser lo más parecida posible a la del universo de los casos.

La validez externa se refiere a cuán extrapolables son los resultados del trabajo a nuestra práctica cotidiana, o al paciente individual que estamos evaluando y en quién sospechamos la condición clínica en cuestión. Por ejemplo, existe una importante variación intercultural en las manifestaciones clínicas de la depresión y del duelo. Por lo tanto frente a la sospecha de depresión o de una mala evolución del proceso de duelo, es importante que la serie de casos con-

sultada sea de un origen étnico y sociocultural similar. Obviamente nunca vamos a encontrar un estudio que haya incluido una muestra de pacientes exactamente iguales al que estamos atendiendo. Por lo tanto, la pregunta que debemos hacernos es si los pacientes que fueron incluidos en la serie de casos son demasiado diferentes a los que vemos a menudo como para que nos impidan utilizar su información para tomar decisiones clínicas. La pregunta más adecuada sería: ¿son estos pacientes tan diferentes a los míos como para impedir la extrapolación de los hallazgos?

Pesquisa de las manifestaciones clínicas

Intensidad y profundidad de la pesquisa

Es importante estar atento a cómo y con qué intensidad o profundidad fueron investigadas las diferentes manifestaciones clínicas cuya frecuencia de aparición se informa en el estudio. Es más probable que un paciente afirme haber tenido un síntoma si se le pregunta específicamente sobre el mismo, que si se espera que lo diga espontáneamente, lo mismo ocurre con el antecedente de haber usado alguna medicación, haber realizado algún viaje, haber trabajado en alguna actividad potencialmente riesgosa, etc. Cuanto más intensiva haya sido la pesquisa es menos probable que haya pasado por alto algún síntoma, evitando subestimar su probabilidad de ocurrencia. Este punto es particularmente importante respecto de manifestaciones que las personas pueden tender a pasar por alto (p. ej. alteraciones de la sensibilidad en los pies en las personas con diabetes) o a ocultar, por ejemplo síntomas vinculados enfermedades de transmisión sexual. En estos casos es importante que el interrogador lo haya hecho con una actitud no juzgadora, en un ambiente de confianza y habiendo asegurado la confidencialidad de los datos obtenidos, lo que es realmente difícil de saber con la lectura del reporte.

Calidad de pesquisa

Otra cuestión a tener en cuenta es la experiencia de los encargados de la documentación de la presencia y/o la ausencia del signo o síntoma, especialmente cuando se trata de signos con alta variabilidad de ser documentados entre los diferentes observadores, como la auscultación de un tercer ruido cardíaco.

Consistencia de la pesquisa

Siempre será más confiable una investigación que haya sido realizada en forma prospectiva y a partir de un protocolo estandarizado de recolección de la información. Este tipo de diseño además, disminuye la probabilidad de sesgos de recolección ya que los datos semiológicos tenderán a ser recabados antes de que se sepa el diagnóstico final. Cuando este tipo de estudio es realizado con un diseño retrospectivo a partir de la revisión de documentos generados con otro propósito (datos secundarios) como lo es la historia clínica, existe el riesgo de que las diferentes manifestaciones clínicas no hayan sido buscadas en todos los pacientes con la misma intensidad o criterios. Por lo tanto, si la estrategia de pesquisa no fue sistemática, pueden no ser válidos los resultados del resumen del reporte de las frecuencias.

Temporalidad de las manifestaciones clínicas

Algunas manifestaciones clínicas ocurren en forma transitoria y otras lo hacen en forma permanente. Podemos tomar como ejemplo, la sífilis. Por este motivo, es importante que los investigadores hayan reportado la temporalidad de las diferentes manifestaciones clínicas y su definición del tiempo "cero" de la enfermedad, generalmente el de la aparición de los primeros síntomas atribuibles a la misma que presentó cada individuo (por ejemplo, la aparición del chancro) y no solamente los que estaban presentes en el momento que se confirmó el diagnóstico. También se recomienda que se aclare cuál o cuáles manifestaciones clínicas motivaron la consulta, ya que este punto vuelve más aplicable la información obtenida.

Frecuencia de las manifestaciones clínicas y precisión de dicha estimación

El modo más frecuente de reportar este tipo de trabajo es una tabla



con los resultados agrupados de acuerdo a categorías semiológicas y/o en orden decreciente por su frecuencia de aparición, expresando el número total de pacientes, el número de pacientes en los que se constató cada manifestación clínica y el porcentaje del total que éstos representan. Este porcentaje de aparición de cada síntoma representaría la sensibilidad* de dicho síntoma para el diagnóstico de esa condición clínica. Dicho de otro modo, si el 99% de los niños con neumonía presenta taquipnea, la pesquisa de taquipnea en un niño en quien se sospecha neumonía tiene un 99% de sensibilidad* para el diagnóstico de dicha patología y sólo el 1% de los pacientes con neumonía no la evidenciará. Sin embargo, es muy común que este ausente el reporte de precisión de dicha estimación, que debería informarse a través del intervalo de confianza (IC) del porcentaje de pacientes que presentó cada uno de los síntomas o signos clínicos que se han investigado. Recordamos que los sujetos incluidos en un trabajo de investigación siempre constituyen una muestra del universo al que se intentará luego extrapolar la información obtenida. El intervalo de confianza nos expresará entre que valores tendremos un cierto nivel de certeza o probabilidad -generalmente 95%: IC95%- de que se encuentra el verdadero valor del universo, que nunca conoceremos. En el caso de que no esté reportado el intervalo de confianza podemos calcularlo a través de la siguiente fórmula:

$$IC95\% = p \pm 1,96 \times \sqrt{p(1-p)/n}$$

El valor de n se refiere al número total de pacientes de la muestra. Puede notarse que cuanto mayor haya sido el número de integrantes del estudio, mas chica será la amplitud del intervalo de confianza, lo que hablará de una mayor precisión de la estimación. El valor de p es la proporción de pacientes que presentó el hallazgo reportado. En este caso las proporciones no se deben expresar como porcentajes sino como probabilidades que pueden tomar valores entre 0 y 1. Por ejemplo, un 97% será expresado como 0,97. Si tomamos como ejemplo la frecuencia de aparición de la elevación de la velocidad de eritrosedimentación en los pacientes con polimialgia reumática de la serie ya comentada podemos ver que:

$$\begin{aligned} IC95\% &= 0,97 \pm 1,96 \times \sqrt{(0,97 [0,03])/287} \\ &= 0,97 \pm 0,01 \\ &= 0,96 \text{ a } 0,98 \end{aligned}$$

Por lo tanto en este ejemplo, podemos concluir que la precisión de la estimación es alta y que nos permite confiar en este signo clínico para prácticamente descartar el diagnóstico ante su ausencia. Para el caso de dolor de la cintura pelviana, que apareció en el

66% de los pacientes (0,6) también podemos calcular el intervalo de confianza.

$$\begin{aligned} IC95\% &= 0,66 \pm 1,96 \times \sqrt{(0,66 [0,33])/287} \\ &= 0,66 \pm 0,0276 \\ &= 0,63 - 0,69 \end{aligned}$$

Podemos notar que, a igual tamaño de la muestra, la amplitud del intervalo de confianza varía de acuerdo a la probabilidad de aparición del evento, siendo la estimación menos precisa cuando esta probabilidad es intermedia y más precisa cuando se acerca a 1 (100%) ó a 0 (0%). La precisión que exigiremos al reporte de cada síntoma o signo dependerá del tipo de patología que se esté evaluando y del umbral para tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas.

Momento histórico en el que fue realizada la descripción clínica de la condición en cuestión

Algunas entidades clínicas han cambiado su forma de presentación debido a las estrategias preventivas y/o terapéuticas disponibles, por lo que puede ser razonable en algunos casos tener en cuenta en qué momento histórico fueron recolectados los datos de la serie que estamos evaluando. Cuando aparecen las primeras series de casos de una enfermedad, suelen incluir pacientes que pertenecen al extremo más grave del espectro, especialmente si se trata de entidades clínicas con un período asintomático prolongado; por ejemplo, la primera serie de pacientes con SIDA que se presentó como ejemplo en el cuadro 1. Hoy en día y en el contexto de la definición actual de SIDA, estaríamos cometiendo un error si sólo consideráramos enfermos de SIDA a quienes desarrollan neumonía por P. carinii, lo que dicho de otro modo adjudicaría a la presencia de dicha infección oportunista una sensibilidad de 100% para el diagnóstico.

Conclusiones

Salvo cuando se ha diseñado un estudio para evaluar las características operativas de diferentes manifestaciones clínicas, para el diagnóstico de alguna patología, mucha de la información disponible sobre la frecuencia de aparición de diferentes signos y síntomas proviene de estudios descriptivos, con los consiguientes sesgos que este tipo de diseño puede implicar. Sin embargo, a falta de mejor calidad de evidencia, es muy común que en nuestra práctica clínica tengamos que hacer uso de ella para tomar nuestras decisiones cotidianas. Cabe tener presente los recaudos que hay que tomar al interpretarla.

Ver glosario*

Recibido el 10/06/06 y aceptado el 20/01/07.

Referencias

1. Forteza Fernández R. Los reportes de caso en medicina y estomatología: morfofisiología del género. *Acimed* 2006;14(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol14_1_06/aci09106.htm Consultado el 16/09/06.
2. Jebaraj P, Oommen M, Thopuram P, Jacob KS. Tuberculous meningitis masked by delirium in an alcohol-dependent patient: a case report. *Acta Psychiatr Scand.* 2005 Dec;112(6):478-9; discussion 480.
3. Letelier S, L y Moore, P. La medicina basada en evidencia: Visión después de una década. *Rev. méd. Chile.* [online]. ago. 2003, vol.131, no.8 [citado 16 Septiembre 2006], p.939-946. 4. Scott Richardson W, Wilson M, Williams J, Jr., Moyer V and Naylor D. For the Evidence Based Medicine Working Group. How to Use an Article on the Clinical Manifestations of Disease. Centre for Health Evidence. 2006. Disponible en URL: <http://www.cche.net/usersguides/manifestations.asp>
5. Mazzafero V. Teoría epidémica, control y erradicación, modelos matemáticos, representación y aplicaciones, control y erradicación, medidas preventivas, aislamiento y notificación. En: Mazzafero V y col. *Medicina y Salud Pública.* 1999, Buenos Aires Eudeba. Capítulo 9: Epidemiología. Pag 232 a 259.
6. Ortiz Z, Esandi M, Bortman M. Cuantificación de los Problemas de la Salud. Módulos de Epidemiología Básica y Vigilancia de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Programa de Vigilancia de la Salud y control de Enfermedades. 2001, Buenos Aires. Módulo No6.
7. Greenhalgh G. *Cómo leer un artículo científico. Guía básica de la medicina basada en las evidencias.* Compilado por Roberto Lede y Pablo Copertari. 1ra edición. Buenos Aires. 2005, Volpe Fox.
8. Masur H, et al. An outbreak of community-acquired Pneumocystis carinii pneumonia: initial manifestation of cellular immune dysfunction. *N Engl J Med.* 1981;305(24):1431-8.
9. Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. *Br J Rheumatol.* 1996 Nov;35(11):1161-8
10. Tze-Wey Loong. Understanding sensitivity and specificity with the right side of the brain. *BMJ* 2003;327:716-9.