

PUNTO DE VISTA

El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente

Applying Clinical Reasoning to Medical Records. A Different Point of View

Ariel Efrén Uriarte Méndez¹ Edwis Pérez Pintado¹ Yagén María Pomares Pérez¹

¹ Hospital Pediátrico Provincial Paquito González Cueto, Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:

Resumen

A lo largo de los años se han observado graves deficiencias en la confección de las historias clínicas, siendo la discusión diagnóstica el acápite que más dificultades presenta. En este artículo se analizan esas deficiencias, responsables de que la historia clínica carezca de sus más elementales características y funciones; tratando de llegar al origen de la mala calidad de las discusiones diagnósticas, a la vez que se propone un enfoque diferente que podría solucionar el problema. Se concluye que el problema gira alrededor de la exigencia incondicional de un esquema rígido, no aplicable de forma escrita en todas las situaciones, lo que provoca que el afán por la adherencia a un esquema, afecte el juicio clínico lógico.

Palabras clave: registros médicos, competencia clínica, calidad de la atención de salud

Abstract

There have been serious deficiencies in the completion of medical records over the years, being the diagnostic discussion the section with more difficulties. This paper analyses such deficiencies, responsible for the lack of the most basic features and functions of medical records. It tries to get to the source of the poor quality of diagnostic discussions, while proposing a different approach that could solve the problem. We conclude that the problem is related to the unconditional requirement of a rigid structure, not applicable to all situations, which causes the adherence to this structure to affect the logical clinical reasoning.

Key words: medical records, clinical competence, quality of health care

Aprobado: 2015-03-17 14:26:16

Correspondencia: Ariel Efrén Uriarte Méndez. Hospital Pediátrico Provincial Paquito González Cueto arieluriarte@hosped.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La historia clínica es el documento medicolegal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, los actos y actividades médico-sanitarias realizados con él y los datos relativos a su salud. Tiene el objetivo de facilitar la asistencia, desde el nacimiento hasta la muerte del paciente, y puede ser utilizada por todos los centros de salud donde este acuda. Es un instrumento básico porque permite al médico tener una visión completa y global del paciente. Tiene varias funciones: asistencial, docente e investigativa, de evaluación de la calidad asistencial, administrativa y medicolegal. Por ello, debe ser veraz, exacta, tener rigor técnico en el registro de los datos, ser completa y tener la identificación del personal que la utiliza.¹⁻⁵

Sin embargo, en la práctica, la confección de las historias clínicas adolece de graves deficiencias, sobre todo en el acápite de la discusión diagnóstica. Estas deficiencias hacen que muchos de los requisitos anteriormente expuestos no se cumplan, lo cual constituye un grave problema. Las discusiones diagnósticas que se ven en nuestras historias clínicas, son monótonas, repetitivas, innecesariamente extensas y, en muchas ocasiones, no guardan una relación real con la verdadera situación del paciente. La esencia de este problema radica en que se exige hacer una versión escrita del método clínico, siguiendo el mismo formato en todos los casos, lo cual no siempre es posible dada la heterogeneidad de las situaciones. Además, esta práctica, aunque resulta un excelente método docente-evaluativo, carece de utilidad práctica. El objetivo de este trabajo es hacer un análisis de las principales dificultades inherentes a este formato y proponer un enfoque diferente para dejar constancia escrita de los diagnósticos o problemas.

DESARROLLO

Dificultades en el formato de la historia clínica

Más que identificar los principales problemas en la confección de la historia clínica, se hará referencia a las dificultades asociadas a los formatos ideados como guía:

- Se repite la misma información: la historia de la enfermedad actual se repite dos veces (en la discusión diagnóstica y en la primera evolución).

- En el acápite “criterios de ingreso”, se repite parte de la historia de la enfermedad actual y elementos del examen físico. Es inexplicable que inmediatamente después de confeccionar una historia clínica con la gran cantidad de datos que se exigen, tenga que escribirse nuevamente parte de lo mismo. La historia clínica que se realiza en el cuerpo de guardia está concebida para que no haya que aclarar nada más, excepto algo muy puntual que se olvidó y que es necesario que lo conozca el médico que va a recibir el caso en la sala. Esto pudiera ser un pequeño párrafo o dos líneas, o simplemente no ser necesario.
- Discusión diagnóstica que se exige sobre una base casi incumplible, dada la heterogeneidad de los pacientes, donde se exige una versión escrita del razonamiento mental cuando solo pudiera ser imprescindible el resultado final de ese razonamiento, concretamente, un listado de diagnósticos o problemas.

Escribir en la historia clínica es quizás el aspecto que más tiempo consume del contenido de trabajo del médico, a tal punto que muchas veces cuando afirmamos “tengo mucho trabajo pendiente” significa que hay muchas historias clínicas por llenar. Y esto, obviamente, es necesario y fundamental, como ya se ha explicado, sin embargo, es inadmisibles reiterar la misma información varias veces, o escribir cosas innecesarias que jamás serán leídas.

La gran mayoría de las veces que se identifica una historia clínica como deficiente, es porque la discusión diagnóstica está mal confeccionada, pero cabría preguntarse por qué esto constituye un problema que se arrastra generaciones tras generaciones de estudiantes de medicina.

Intentemos llegar a la esencia del problema

La metodología para la realización de un razonamiento clínico y el planteamiento de un diagnóstico, es aceptada y debe seguirse insistiendo en ella. El error está en exigir el mismo formato para todos los casos, sin considerar que las particularidades de cada situación no pueden ser analizadas de igual manera; en imponer como meta el cumplimiento de determinadas guías, con modelos de redacción, número de elementos a exponer como diagnósticos diferenciales, síndromes, etcétera. Todo ello provoca que el estudiante desvíe su juicio clínico y pierda el sentido común, tratando

de cumplir un esquema.

Si analizamos el tiempo empleado en la batalla por la calidad de las discusiones diagnósticas y la cantidad de publicaciones que existen acerca del tema, podemos intentar contestar varias preguntas: ¿Si persiste por tantos años el mismo problema sin mejorarlo en lo más mínimo, por qué no analizarlo desde una perspectiva diferente? ¿Por qué no identificar qué es lo que sucede en lugar de seguir haciendo y exigiendo lo mismo? ¿Nos hemos preguntado si lo que exigimos es correcto? ¿Puede asumirse que tenemos malos estudiantes, o que no estudian, cuando nosotros mismos estuvimos en su lugar y tuvimos los mismos problemas?

La secuencia de realizar la historia de la enfermedad actual, identificar los datos positivos al interrogatorio y al examen físico para poder identificar los síndromes correspondientes y así llegar a los diagnósticos nosológicos luego de descartar aquellos diagnósticos menos probables, es sin lugar a dudas certera, lógica e imprescindible, es la esencia del método clínico, el arte de la medicina inculcado durante siglos a los médicos.⁶⁻¹³ Además, es un excelente formato para presentaciones de casos, discusiones colectivas y evaluación de los estudiantes. Pero, ¿por qué tiene que aparecer escrito en la historia clínica cómo han pensado los médicos paso a paso, si como documento legal y de utilidad asistencial solo es necesario que aparezca reflejado el diagnóstico o los diagnósticos probables que han sido considerados? El informe escrito de todo el razonamiento clínico es un excelente instrumento docente, pero no debe ser un acápite obligado dentro de un documento legal. Por el contrario, se debiera reflejar de forma opcional, concreta y sin formatos específicos, en casos complejos es importante la hipótesis de la secuencia de eventos ocurridos, incluso utilizando algoritmos o esquemas para ofrecer un enfoque práctico. Hoy en día, crece el número de países que adoptan la historia clínica digital, la cual está orientada por problemas, siendo su formato muy diferente al de la nuestra, y sus ventajas han sido difundidas por varios autores.¹⁴⁻¹⁶

Consecuencias de exigir un informe escrito extenso y rígido de la discusión diagnóstica

La secuencia metodológica de pasos para llegar a un diagnóstico es, como ya se ha explicado, la célula del método clínico, pero no siempre se requieren estos pasos. Por ejemplo, a veces el

paciente llega con un cortejo sintomático fácilmente asociado a un diagnóstico concreto, o se presenta con un solo síntoma que obliga a realizar pruebas complementarias para llegar a un diagnóstico. Sin embargo, los profesores exigen que se aplique en todos los casos el mismo esquema para el informe escrito, esto provoca que el estudiante tratando de adherirse a un formato redacte cosas sin sentido y razonamientos ingenuos que nunca se hicieron. Con frecuencia existe un divorcio total entre el informe escrito de la discusión diagnóstica y el verdadero razonamiento que hizo el médico, porque en la historia clínica se escribió lo que "debe" ser escrito y no el verdadero pensamiento lógico, ya que este, no entra en el formato exigido. No olvidemos que con esto se viola el requisito de veracidad de la historia clínica.

Principales problemas asociados a la redacción de la discusión diagnóstica

En el resumen sindrómico:

- No todas las enfermedades se presentan con categoría de síndrome, y como se exige este, se usan términos disparatados.
- Muchas veces el diagnóstico es evidente, pero por cumplir un formato se refleja en la historia clínica un razonamiento que nunca se hizo, pero que además, mentalmente se hizo de forma inversa al método clínico para poder cumplir con lo establecido. Por ejemplo, un paciente estuporoso que refiere haber ingerido 10 tabletas de amitriptilina y el estudiante pregunta al profesor qué síndrome le plantea.
- Con frecuencia se refleja el síndrome más frecuente con que comienza la enfermedad y no se particulariza el paciente en cuestión, obviando que una misma entidad nosológica puede presentarse en ocasiones con síndromes diferentes. Ejemplo de ello es cuando se plantea un síndrome pulmonar de condensación inflamatoria solo porque la radiografía muestra un infiltrado inflamatorio, y sin embargo, el paciente tiene únicamente tos y fiebre al momento del ingreso, y no punta de costado ni estertores crepitantes localizados, lo más típico de este síndrome.

En el diagnóstico diferencial:

Es una práctica clásica desde el punto de

vista docente hacer mención a las enfermedades que se asemejan de forma clínica o analítica a la entidad que se describe, con el objetivo de advertir al médico en formación que hay otras situaciones que pueden confundirse con esta. Pero no tiene sentido reflejar en la historia clínica aquellas afecciones que se han considerado improbables luego de hacer un razonamiento lógico. En todo caso, se debiera dejar constancia de aquellos diagnósticos posibles, quizás en orden de probabilidad. La insistencia por parte de los profesores en que esto se haga, trae consigo que se describan argumentos carentes de toda lógica, que solo buscan cumplir una meta. Por ejemplo, muchas veces los médicos no tenemos certeza de un diagnóstico y, sin embargo, se exige no solo reflejar este categóricamente, sino también aquellos que se descartan cuando en realidad cualquiera de estos últimos pudiera ser el correcto. Incluso, hay quienes exigen un número de diagnósticos diferenciales como meta, cuando lo correcto es valorar tal vez dos, uno solo, o ninguno. Para incentivar el pensamiento clínico del médico en formación quizás sea útil exigirle razonamiento y ciertas metas, pero algo bien diferente es exigirnos nosotros mismos plasmar en un documento legal razonamientos que no se han llevado a cabo y planteamientos carentes de toda lógica.

De todos los problemas relacionados con los modelos establecidos, quizás el más grave es el de evitar hacer alusión a los exámenes complementarios realizados hasta el momento de redactar la discusión diagnóstica. Una cosa es motivar el pensamiento clínico y otra cosa es violar el principio de veracidad de un documento legal. Es inaceptable desde cualquier punto de vista, omitir una radiografía cuando casi todo el peso del diagnóstico se centró en esta. Obviamente, todo lo que se escriba evadiendo este resultado, es falso. Pero ¿sobre qué base se centra esta forma de actuar? ¿Qué objetivo cumple?

En un artículo publicado por Corona,¹⁷ se abordan con gran claridad todos los aspectos mencionados y se exponen, a nuestro juicio, de una manera muy didáctica los principales problemas actuales asociados al cumplimiento de la versión escrita de la discusión diagnóstica, con recomendaciones para flexibilizarla y hacerla más real. A pesar de ello, nada se ha avanzado

en mejorar esta situación, aún mantiene las mismas dificultades en las historias clínicas. Por eso, nuestro trabajo se centra sobre una base radicalmente diferente. Las recomendaciones que hace el autor referido constituyen un excelente punto de vista para cambiar paradigmas establecidos, pero aún así no somos optimistas respecto a que la redacción en la historia clínica termine por reflejar el razonamiento exacto del médico; dada la complejidad de algunas situaciones, el formato "flexibilizado" va a seguir siendo vulnerable a errores. Por eso proponemos, más que una "discusión diagnóstica", un listado de diagnósticos o problemas (a los cuales se llegó, sin dudas, mediante el método clínico) sobre los cuales se va actuar y que pueden ser reevaluados diariamente, siendo posible eliminar los que se vayan resolviendo, o adicionando otros que vayan apareciendo. Este sistema, desde hace varios años, ha sido adoptado por muchos países desarrollados.

CONCLUSIONES

La mala calidad de la discusión diagnóstica refleja el incumplimiento de algo incumplible, un esquema rígido no aplicable de forma escrita a todas las situaciones. Habría que preguntarse qué objetivo tiene dejar plasmado, ya sea correcta o incorrectamente, todo lo que hemos analizado paso a paso bajo un esquema inflexible. Las discusiones diagnósticas se debieran exigir al educando sin pretender que aparezcan redactadas en un documento que debe ser exacto y veraz. La historia clínica, a nuestro juicio, debe contener solamente los diagnósticos más probables y en algunos casos, una aclaración o nota sobre lo planteado (justificada en ocasiones con las pruebas complementarias). Además, sugerimos utilizar en situaciones concretas y de forma opcional, algoritmos o esquemas sobre la secuencia de eventos ocurridos, para ofrecer un enfoque más real; todo esto con el fin de dar una mejor visión a los médicos que atiendan al paciente por primera vez, o de esclarecer cualquier duda desde el punto de vista legal. Por último, muchos colegios médicos del mundo, hasta donde hemos revisado, lo tienen establecido así. Todas estas son razones suficientes para reflexionar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanio Navarro. Propedéutica Clínica y Fisiopatología. Tomo I. La Habana: Editorial

Ciencias Médicas; 2003.

2. Castro I, Gámez M. Historia clínica. In: Gamundi Planas MC. Farmacia Hospitalaria. Tomo I [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria; 2002. [cited 2 Feb 2010] Available from: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>.

3. Barreto Penié J. La historia clínica: documento científico del médico. Ateneo. 2000 ; 1 (1): 50-5.

4. Espinosa Brito AD. Algunos comentarios sobre el expediente clínico. Medisur [revista en Internet]. 2010 [cited 13 Ene 2015] ; 8 (5): [aprox. 8p]. Available from: <http://sociales.redalyc.org/articulo.oa?id=180020098033>.

5. Argimón JM, Comín E, Borrell F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ta. ed. Madrid: Elsevier España; 2003.

6. Novoa López A, Conde Fernández B, Guardiola Brizuela R, Hernández Díaz MI, Navia Reyes I. Reflexiones acerca de la Discusión Diagnóstica en el aprendizaje de la Medicina. Gaceta Médica Espirituana [revista en Internet]. 2007 [cited 13 Ene 2015] ; 9 (3): [aprox. 7p]. Available from: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.\(3\)_28/p28.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.9.(3)_28/p28.html).

7. Muniagurria AJ. Algunas apreciaciones sobre el método clínico. Rev Anuario Fundación. 2004 ; 12: 23-5.

8. Cañizares Luna O, Sarasa Muñoz NL. La aplicación del método clínico es responsabilidad de todos. EDUMECENTRO [revista en Internet]. 2011 [cited 23 Sep 2011] ; 3 (1): [aprox. 4p]. Available from: <http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/educ/article/view/100/203>.

9. Díaz Novás J, Gallego Machado B, León González A. El diagnóstico médico: bases y procedimientos. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2006 [cited 25 Abr 2011] ; 22 (1): [aprox. 12p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_1_06/mgi07106.htm.

10. Hernández Hernández R. Del método

científico al clínico. Consideraciones teóricas. Rev Cubana Med Gen Integr [revista en Internet]. 2002 [cited 25 Abr 2011] ; 18 (2): [aprox. 10p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_2_02/mgi11202.htm.

11. Ilizástigui Dupuy F. El método clínico: muerte y resurrección. Rev Cubana Educ Med Super [revista en Internet]. 2000 [cited 20 Sep 2011] ; 14 (2): [aprox. 22p]. Available from: http://bvs.sld.cu/revistas/ems/vol14_2_00/ems01200.htm.

12. Cruz Hernández J, Hernández García P, Abraham Marcel E, Dueñas Gobel N, Salvato Dueñas A. Importancia del Método Clínico. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2012 [cited 20 Sep 2011] ; 38 (3): [aprox. 21p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300009.

13. Aparicio Martínez F. El método clínico y la historia clínica. Consideraciones de sus defensores. Acta Médica del Centro [revista en Internet]. 2010 [cited 18 Feb 2011] ; 4 (4): [aprox. 4p]. Available from: http://www.actamedica.sld.cu/r4_10/metodo.htm.

14. Bisbal J, Berry D. Analysis framework for electronic record systems. Interoperation and collaboration in shared healthcare. Methods Inf Med. 2011 ; 50 (2): 180-9.

15. Carnicero J, Rojas D. Lessons Learned from implementation and communication technologies in Spains´healthcare services: Issues and opportunities. Appl Clin Inform. 2011 ; 1 (4): 363-73.

16. Heimly V, Grimsmo A, Henningsen TP, Faxvaag A. Diffusion and use of electronic health record systems in Norway. Stud Health Technol Inform. 2010 ; 160 (Pt1): 381-5.

17. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. Medisur [revista en Internet]. 2011 [cited 13 Feb 2015] ; 9 (4): [aprox. 20p]. Available from: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1589/669>.