

Propuesta de evaluación del razonamiento diagnóstico en los ejercicios de pase de año y de graduación en las especialidades clínicas

Proposal for the evaluation of diagnostic reasoning in the year and graduation assessments in clinical specialties

Luis A. Corona Martínez¹ <https://orcid.org/0000-0002-4160-1609>

Mercedes Fonseca Hernández² <https://orcid.org/0000-0003-1777-4806>

¹Hospital Universitario "Dr Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba.

²Hospital Pediátrico "Paquito González Cueto" de Cienfuegos. Cienfuegos, Cuba.

*Autor para la correspondencia: luis.corona@gal.sld.cu

RESUMEN

La importancia del razonamiento diagnóstico, como competencia profesional, justifica que la discusión de la actividad evaluativa se incluya en la llamada Evaluación de Graduación de las residencias médicas. En este artículo se proponen algunos indicadores a utilizar por los profesores durante las actividades de discusión diagnóstica evaluativas; indicadores que emanan de la descomposición de la actividad en sus pasos o acciones. El empleo de estos indicadores y de algunas sugerencias realizadas puede contribuir a hacer más uniforme la evaluación y calificación de los ejercicios de discusión diagnóstica en el marco de la Evaluación de Graduación, o de los exámenes de promoción o pase de año.

Palabras clave: especialización; evaluación; evaluación de graduación; diagnóstico clínico.

ABSTRACT

The importance of diagnostic reasoning, as professional competence, justifies the discussion of the evaluative activity in the so-called Graduation Assessment of medical residencies. This article proposes some indicators to be used by the professors during the diagnostic discussion evaluative activities. These indicators derive from the breakdown of the activity in steps or actions. The use of these indicators and some suggestions can contribute to making the evaluation and qualification of the diagnostic discussion exercises more uniform in the framework of the graduation assessment, or of the promotion or year exams.

Keywords: specialization; evaluation; graduation evaluation; clinical diagnosis.

Recibido: 03/11/2020

Aprobado: 05/11/2020

Introducción

La habilidad para interpretar la información disponible acerca del estado patológico de un paciente constituye una de las competencias esenciales que debe adquirir el profesional médico durante la etapa formativa de la carrera. Dicha información puede obtenerse no solo en el interrogatorio y los diferentes procedimientos del examen físico (información clínica) sino también de las pruebas complementarias (información paraclínica).

La relevancia de esa competencia está determinada por su estrecha relación con la capacidad diagnóstica del médico, o sea, con la posibilidad de identificar de forma apropiada el o los problemas de salud que está padeciendo un enfermo en un momento concreto. Sin un diagnóstico apropiado (en el sentido más amplio del significado de este término), no habrá solución a la situación adversa en el estado de salud del individuo; tampoco habrá satisfacción del paciente y sus seres queridos, ni cumplimiento de la función social del facultativo, al menos en el plano asistencial.

En este artículo son abordados elementos teóricos necesarios para hacer más eficiente la evaluación (y calificación) de la habilidad de razonamiento diagnóstico que se lleva a cabo en las actividades de discusión diagnóstica de los exámenes de las residencias. Por tal razón, el objetivo de la investigación fue proponer algunos indicadores a utilizar por los profesores durante las actividades de discusión diagnóstica evaluativas.

Evaluación del razonamiento diagnóstico

El aprendizaje específico del razonamiento diagnóstico se inicia en el sexto semestre durante la asignatura Medicina Interna aunque existen aproximaciones durante la asignatura Propedéutica Clínica, enmarcada en el quinto semestre de la carrera; continúa entonces, en el resto de las disciplinas del ciclo clínico pertenecientes al grupo del ejercicio de la profesión y, particularmente, en la etapa que corresponde al internado rotatorio. Como sucede con el resto de las habilidades profesionales formadas durante la etapa de pregrado, es la residencia el momento de trabajar intensamente y con real (que no significa total) independencia en el desarrollo de la competencia diagnóstica.

Dichos elementos justifican el espacio que se le ha asignado a actividades dirigidas a evaluar el nivel de adquisición de la habilidad de razonamiento diagnóstico en nuestra concepción de la Evaluación de Graduación de la especialidad Medicina Interna. En dicha concepción,⁽¹⁾ queda reconocida de forma

explícita la necesidad de incluir alguna actividad específica de discusión diagnóstica; comprendida esta como una actividad con “personalidad” propia, en consonancia con la condición de habilidad profesional esencial del razonamiento diagnóstico.

A pesar de la existencia de actividades docentes de discusión diagnóstica en el programa de la asignatura Medicina Interna, es posible que una insuficiente consecución del objetivo formativo de esta actividad, combinado con una dudosa sistematicidad en la ejercitación posterior en el resto del ciclo clínico, determinen que la adquisición de la habilidad de razonamiento diagnóstico no sea la óptima al término de la carrera.

Con anterioridad, el profesor Moreno reconocía que “... es realmente sorprendente que muchos planes y programas de estudio no contemplen brindar, ni en el pregrado ni en el postgrado, un conocimiento detallado de cómo se efectúa el razonamiento diagnóstico...”.⁽²⁾ El aprendizaje es entonces, fundamentalmente, empírico.

De cualquier manera, la forma en que se aborda la enseñanza-aprendizaje del razonamiento diagnóstico no parece ser suficientemente productiva; situación que añade una exigencia adicional a la etapa de la residencia. Recordemos que, al igual que ocurre con la habilidad para la toma de decisiones terapéuticas, y a diferencia de las habilidades relacionadas con la entrevista médica y el examen físico, la habilidad de razonamiento diagnóstico no es “visible” para el estudiante; hay que “sacarla” de nuestras mentes (de los profesores, exteriorizarla) para lograr el propósito formativo.

Pero si importante es esta habilidad y necesaria su evaluación al término de la residencia, hay que reconocer las dificultades operativas para su evaluación y, fundamentalmente, para su calificación.

El trabajo conjunto en tribunales a diferentes niveles ha permitido comprobar las diferencias existentes entre los propios profesores a la hora de juzgar el desempeño del educando en el área del razonamiento diagnóstico. En el origen de esta situación se encuentra la variabilidad de enfoques que existe entre los docentes para llevar a cabo este momento del proceso asistencial; variabilidad resultante fundamentalmente del empirismo mencionado con anterioridad.

La anterior situación, de regreso a la Evaluación de Graduación, ha conducido a identificar la secuencia de pasos objeto de ejecución por el residente (y de observación por los profesores) durante la realización de la actividad de discusión diagnóstica; estos pasos se concretan en algunos indicadores a evaluar, y a partir de los cuales, se conformaría la calificación del ejercicio.

Los indicadores a evaluar por los profesores durante la discusión diagnóstica serían los siguientes:

- Calidad en la obtención y resumen de la información existente acerca del paciente.

- Capacidad para la identificación de los síndromes o síntomas capitales más apropiados para la orientación hacia las entidades a considerar en la discusión.
- Capacidad para proponer un listado de afecciones que pudieran explicar el contexto del paciente, derivado del paso anterior.
- Demostración de una base teórica que le permita establecer una apropiada comparación entre las afecciones mencionadas y el contexto del paciente.
- Capacidad para ordenar, en término de probabilidades, las afecciones sometidas al análisis comparativo, con su correspondiente argumentación.
- Capacidad para proponer (si el caso en discusión lo justifica) el plan de estudio o investigaciones que permitan el esclarecimiento diagnóstico de la situación que se analiza.

Los fundamentos teóricos para esta propuesta han sido desarrollados en un artículo previo titulado “El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico”.⁽³⁾

La aceptación y utilización eficiente de estos indicadores amerita algunos comentarios adicionales. Tanto educandos como profesores deberíamos asumir que el objeto de evaluación de la competencia de razonamiento diagnóstico no radica, esencialmente, en los posibles diagnósticos presentes o no en el paciente. Qué parece “tener” o no el paciente es el resultado final de un proceso; proceso que, a juicio de los autores, debería constituir el verdadero objeto de evaluación del ejercicio de discusión diagnóstica.

En otras palabras, plantear diagnósticos es solo una parte de un todo, una parte de un conjunto de acciones; y si bien las conclusiones de ese proceso (los diagnósticos) son de indiscutible importancia, más importante aún, como acto evaluativo (y formativo), es demostrar cómo se llega a esas conclusiones diagnósticas.

En el camino a la conclusión diagnóstica, la obtención de la información clínica del paciente constituye la primera parada del proceso diagnóstico. A pesar de constituir un momento con personalidad propia, contenido de habilidades específicas, es incuestionable la estrecha relación que dicho momento guarda con el correspondiente a la interpretación de la información, por lo que se considera apropiado su inclusión en el valoración de un ejercicio de discusión diagnóstica. Lamentablemente, hemos observado como ha sido discutida la situación diagnóstica de un paciente sobre la base de una información no adecuadamente precisada como resultado de un insuficiente interrogatorio o examen físico; como consecuencia, el diagnóstico va por un lado, el paciente por otro.

La inclusión de un indicador relacionado con la calidad en la ejecución de la entrevista médica y el examen físico constituye un mensaje claro y directo que

refuerza la importancia que debe tener para el educando el desarrollo al máximo posible de sus competencias en estas dos áreas.

Más controversial pudiera ser la inclusión de la información proveniente de los exámenes complementarios en la discusión diagnóstica; controversia que tiene su origen en una aún arraigada posición que solo acepta la realización de discusiones diagnósticas “clínicas”, o sea, discusiones que no estén “viciadas” por los estudios de laboratorio, imagenológicos o de cualquier otra naturaleza. Para comprender la posición de los autores con relación a este controvertido punto, y para no ser excesivamente reiterativos, se sugiere la lectura del artículo titulado “El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica”.⁽⁴⁾

En cuanto al indicador “capacidad para proponer un listado de afecciones que pudieran explicar el contexto del paciente”, sería muy conveniente considerar dos exigencias. La primera, el empleo por el educando de la utilización de algún criterio de clasificación de las enfermedades que le permita una mejor organización de estas antes de someterlas a comparación con el cuadro del paciente (por ejemplo, causas infecciosas o no infecciosas en un paciente con fiebre prolongada; causas hemolíticas, hepatocelulares o colestásicas en pacientes ictericos; o causas respiratorias o no respiratorias en un paciente con hemoptisis). La segunda, no perder nunca la perspectiva de frecuencia o importancia de las enfermedades en el despliegamiento de las hipótesis a considerar, lo cual puede contribuir a contrarrestar la tentación de incluir rarezas en el listado de afecciones a comparar por encima de otras de mayor relevancia por su prevalencia, letalidad o posibilidad de secuelas.

Como último aspecto a comentar, y relacionado específicamente con la actividad comparativa que, durante el ejercicio de la discusión diagnóstica, el residente debe realizar entre las afecciones por él listadas y el contexto del paciente, hay que recordar la gran diferencia que suele existir entre profesores y educandos en cuanto a experiencia profesional; experiencia que incide enormemente en la competencia diagnóstica.

La conformación de representaciones mentales de las distintas enfermedades es un proceso permanente durante toda la vida laboral (en el plano asistencial) activa. Lo que se aprende de la literatura se enriquece y se transforma a partir de las enseñanzas que cada paciente nos deja, por lo que, en un mismo profesional, el modelo o representación mental de una afección determinada no será la misma al término de la residencia que 20 o 30 años después.

Por tanto, los profesores deberíamos tener bien presente, al momento de calificar el ejercicio de razonamiento diagnóstico, las diferencias en el posicionamiento diagnóstico que pudieran existir entre residentes y profesores inevitablemente derivadas de la desigual experiencia profesional. Hay que saber “bajar” el nivel de exigencia a ese momento de desarrollo profesional (la residencia) para exigir lo que a esa etapa corresponde en madurez de pensamiento diagnóstico. No tener

en consideración este aspecto pudiera afectar injustamente la calificación del educando.

Tener en cuenta los indicadores aquí propuestos y las sugerencias realizadas puede contribuir a perfeccionar el trabajo de los tribunales al hacer más uniforme la evaluación y calificación de los ejercicios de discusión diagnóstica y, con ello, estimular la utilización de tan importante actividad en el marco de la Evaluación de Graduación o de los exámenes de promoción o pase de año.

Referencias bibliográficas

1. Corona Martínez LA. La evaluación final en la especialidad Medicina Interna: propuesta de adecuaciones. Rev Cubana Med. 2020[acceso: 03/11/2020];59(4). Disponible en: <http://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1398>
2. Moreno Rodríguez MA. El método clínico. Lecturas y lecciones. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2012[acceso: 03/06/2018]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/el_metodoclinico_lectura_lecciones/epub_metodo_clinico_lectura.html
3. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El razonamiento diagnóstico en el método clínico. La comparación y otros procesos mentales como herramientas del juicio clínico. MediSur. 2012[acceso: 29/08/2013];10(1). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2026>
4. Corona Martínez LA, Fonseca Hernández M. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. MediSur. 2011[acceso: 19/12/2011];9(4). Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1589>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Luis A. Corona Martínez: Búsqueda y análisis de la información; elaboración de las concepciones y redacción del artículo.

Mercedes Fonseca Hernández: Análisis de la información y redacción del artículo.

Financiación

Hospital General Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima”. Cienfuegos, Cuba.