

Resúmenes clínicos problematizados para el aprendizaje de la clínica

Héctor Cobos-Aguilar,¹
 Patricia Pérez-Cortés,²
 Teresa de Jesús Benavides-Caballero,³
 Arturo Vázquez-Guerrero,⁴
 Brenda Arteaga-Chávez,⁴
 Ana Cepeda-Corona,⁴
 Selene Nájera-Rubio,⁴
 Andrea Rangel-Padilla,⁴
 Diana Peralta-Chávez⁴

RESUMEN

Objetivo: evaluar resúmenes clínicos con indicadores de aptitud clínica elaborados por internos de pregrado en un hospital general de zona.

Métodos: encuesta descriptiva utilizando 430 resúmenes de casos clínicos reales. Se determinó frecuencia de los diagnósticos problematizados en los casos por rotación. La escala para evaluar los resúmenes incluyó vinculación con la experiencia, construcción de los resúmenes, construcción de indicadores y suficiencia en su uso. La evaluación global se manejó como adecuada o inadecuada. Se identificó frecuencia abordada de indicadores de aptitud clínica.

Resultados: excepto en medicina familiar, los casos clínicos exploraron problemas del entorno clínico en un segundo nivel. Los resúmenes se calificaron como adecuados en 62 %. Los indicadores de aptitud clínica explorados fueron factores de riesgo (18 %), integración diagnóstica (32 %), omisión (4 %) y comisión iatropatogénica (5 %), uso de recursos paraclínicos (16 %), de recursos terapéuticos (17 %), nosología (9 %) y crítica a las acciones (3 %).

Conclusiones: la elaboración de resúmenes clínicos de casos reales desde el enfoque educativo participativo propicia la reflexión del interno sobre su experiencia para resolver problemas clínicos.

SUMMARY

Objective: to evaluate clinical skills indicators (CSI) with summarized real clinical cases (SRCC) by two generations of pregraduate interns.

Methods: with a descriptive survey design 430 SRCC were elaborated according to the CSI: risk factors, clinical diagnosis, laboratory and X-Ray diagnosis, commission and omission iatrogenesis procedures, therapeutics, nosology and peer critical medical actions. An evaluation scale for the clinical cases included: a relationship with the clinical experience, and the CSI selected. The final evaluation was considered as adequate or inadequate and was performed independently by three medical social service students.

Results: except for family medicine, the SRCC were related to the clinical experience of the students. A 62 % of the total was considered as adequate. The CSI assessed were related to risk factors (18 %), clinical diagnosis (32 %), omission and commission iatrogenesis (9 %), laboratory and X-Ray diagnosis resources (16 %), therapeutics (17 %), nosology (9 %) and a critical to peer medical actions (3 %).

Conclusions: the SRCC patients studied from different points of view by the interns included the CSI. Therefore, this action is advisable for the improvement of the patients' clinical approach.

¹Coordinador del Internado de Pregrado, Universidad de Monterrey
²Coordinación Delegacional de Investigación en Salud
³Directora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente
⁴Ex pasantes en servicio social en medicina

Autores 2 y 3, Instituto Mexicano del Seguro Social, Monterrey, Nuevo León

Comunicación con: Héctor Cobos-Aguilar.
 Correo electrónico: cobos.hector@gmail.com

Recibido: 26 de octubre de 2006

Aceptado: 21 de enero de 2008

Introducción

Desde hace tiempo se ha tratado de responder a la pregunta, ¿Cómo aprende un estudiante de medicina? ¿Cómo aprende la clínica?

La respuesta está mediada por la corriente educativa en la que el profesor se encuentra inmerso. Estas corrientes educativas podemos agruparlas en dos vertientes: una que denominamos tradicional centrada en el profesor, que enfatiza que la clínica se puede

aprehender a través de diferentes medios como el aprendizaje basado en problemas, la medicina basada en evidencias, o con el desarrollo de competencias profesionales y que evalúa preponderantemente el recuerdo. Los instrumentos de medición congruentes con esta mirada educativa son las pruebas de opción múltiple, evaluación por estaciones, etcétera, y se encuentran desvinculados de la realidad, recurriendo al uso de pacientes simulados. En contraparte, la propuesta educativa promotora de la participación,

Palabras clave
 aptitud
 indicadores
 educacionales
 internado y residencia

Key words
 aptitude
 educational indicators
 internship and residency

motivada por el profesor, se centra en el alumno, toma como punto de partida la crítica de su experiencia y promueve su participación en la elaboración de su propio conocimiento a través del desarrollo de habilidades complejas como la aptitud clínica; la evaluación aquí se relaciona directamente con la experiencia del alumno explorada con la resolución de casos clínicos reales.

En México, la teoría de la educación participativa, en la que el alumno es protagonista en la elaboración de su propio conocimiento, es aportada por Viniegra, quien en sus fundamentos teóricos ofrece un rescate de la experiencia sustentada en la crítica. En sus publicaciones destaca el desarrollo gradual de habilidades complejas que el alumno va reelaborando. Se considera que las aptitudes propias de la elaboración del conocimiento son formas diferenciadas de la crítica y pueden definirse como aptitudes metodológicas o prácticas. En las primeras se ubican la lectura crítica de textos teóricos o de informes de investigación educativa o factual. Entre las segundas, la aptitud clínica y la aptitud docente.¹ Unas a otras se sustentan y son necesarias para su desarrollo mutuo; en el proceso educativo se han abordado primero aquellas relacionadas con la experiencia inmediata del profesor o del alumno. Aunque se cree que las aptitudes prácticas se pueden desarrollar más tempranamente debido a esa experiencia vivencial personal, es recomendable que se vinculen al mismo tiempo con el desarrollo de las aptitudes metodológicas. De otra manera, parece que estamos más cercanos a una práctica (clínica o docente) irreflexiva que a su reflexión teórica, pues ejercitamos escasamente la crítica de un corpus teórico de la ciencia o de la propia medicina.

Desde la visión participativa, la crítica de la experiencia es entendida como la superación permanente de las contradicciones prácticas o teóricas de la experiencia vital de los educandos y del propio profesor, quien debe ser el motivador para ejercer una reflexión permanente y cada vez más decantada de esa experiencia.

Cuando se desarrollan estrategias promotoras de la participación para la aptitud clínica, el alumno lleva a cabo su tarea con la resolución de guías elaboradas *ex profeso* por el profesor con casos clínicos reales problematizados que exploran los indicadores de aptitud clínica y con enunciados que lo desafían, motivándolo a la búsqueda y crítica de la información pertinente, con lo que elaboran paulatinamente el conocimiento.

Numerosos trabajos publicados han determinado la presencia, el desarrollo o la persistencia de esas aptitudes prácticas, como la clínica o la docente, o de las aptitudes teóricas, como la lectura de textos teóricos o de investigación factual.²⁻⁴ En estos informes, en especial en el desarrollo de una habilidad compleja como la aptitud clínica, la indagación se realiza siempre por el profesor, quien construye y valida sus instrumentos de evaluación con otros profesores. Aunque la participación del alumno en esta visión educativa es primordial, hasta el momento ha sido poco abordada la actividad que los alumnos desarrollan relacionada con el material clínico seleccionado y de manera independiente al utilizado por el profesor para determinar o favorecer su avance. En esos reportes se ha definido la aptitud clínica como el conjunto de capacidades complejas que ponen en juego el criterio del médico para discriminar entre alternativas en la resolución de problemas clínicos a través de varios indicadores como la indagación de factores de riesgo, indicadores de recursos diagnósticos, conductas iatrogénicas de omisión o comisión, entre otros.^{5,6}

Sin embargo, hasta el momento no se han publicado trabajos que investiguen la forma como los propios alumnos abordan estos aspectos. Algunos reportes exploran el desarrollo de la aptitud clínica durante la carrera de medicina^{7,8} o en el internado, con resultados pobres cuando se miden transversalmente⁹ o prometedores cuando se interviene educativamente para su desarrollo.¹⁰⁻¹³

A partir de lo anterior, la elaboración de resúmenes clínicos problematizados con los indicadores que exploran aptitud clínica es esencial para el estudio de los pacientes de una manera más reflexiva y crítica que le otorgue a la historia clínica la relevancia que siempre ha tenido, rescatándola del contexto tendente a la superespecialización y en el que representa una sobrecarga laboral que lleva a considerarla por quienes la elaboran, con fines diferentes al aprendizaje clínico de los alumnos.¹⁴⁻¹⁶

Este abordaje, referido en párrafos anteriores, lo consideramos detonador insustituible en la elaboración autónoma del conocimiento y como punto de reflexión permanente de la experiencia de este grupo de médicos en formación.

Hasta el momento no se han evaluado los resúmenes de casos clínicos reales que los internos de pregrado elaboran en forma independiente y de acuerdo con su experiencia clínica, por lo que consideramos pertinente indagar cómo los formulan, los problematizan y cómo utilizan los indicadores de aptitud clínica de manera independiente a los efectuados por sus profesores.

Por lo anterior, los objetivos del estudio fueron:

- Identificar los problemas clínicos que los alumnos abordan para elaborar los resúmenes con mayor frecuencia en cada módulo que conforma el internado de pregrado.
- Evaluar la construcción y problematización de resúmenes de casos clínicos reales, explorados a través de los indicadores que conforman la aptitud clínica.
- Identificar la frecuencia en el uso de los indicadores de aptitud clínica como una forma de refinar la indagación de datos clínicos, la elaboración diagnóstica y el manejo establecido en la historia clínica de esos pacientes.

Métodos

Se efectuó una encuesta descriptiva a través de la revisión de resúmenes problematizados por internos de pregrado con la elaboración de enunciados de indicadores de aptitud clínica.

Se estudiaron 430 resúmenes de casos clínicos reales de un hospital general de zona, solicitados a los internos de pregrado cada bimestre en Nuevo León. Se identificó el módulo en el que se elaboraron, no así autores ni fecha de elaboración.

El programa educativo del internado de pregrado en los hospitales generales de Nuevo León incluye seis módulos o rotaciones: cirugía, urgencias,

medicina interna, pediatría, ginecoobstetricia y medicina familiar, como en todas las sedes del Instituto Mexicano del Seguro Social en el país. El curso del módulo respectivo se llevó a cabo, en la mayoría de las sedes, con la discusión de casos clínicos reales seleccionados por el profesor y que exploraban aspectos relevantes de la práctica cotidiana a través de los indicadores de aptitud clínica referidos a continuación: *a) reconocimiento de factores de riesgo*: antecedentes o condiciones del paciente o su familia, que sin formar parte del padecimiento actual se asocian con una evolución desfavorable; *b) indicadores de recursos diagnósticos*: habilidad del alumno para reconocer e integrar datos clínicos de interrogatorio y exploración física o de laboratorio y gabinete con fines diagnósticos; *c) omisión de acciones necesarias sin consecuencias (no iatrogénica)*: explora en qué medida los alumnos dejarían de hacer ciertas acciones necesarias en un caso (algún estudio de laboratorio o gabinete), sin que dicha omisión sea perjudicial; *d) comisión omisión de acciones innecesarias sin efectos nocivos (no iatrogénica)*: explora en qué medida los alumnos asumen una decisión sobre algún estudio de laboratorio, gabinete o un tratamiento innecesario, que no llega al rango de lo perjudicial; *e) omisión con consecuencias nocivas (iatrogénica)*: cuando el alumno deja de realizar ciertas acciones indispensables con consecuencias claramente perjudiciales en el caso descrito; *f) comisión con efectos nocivos (iatrogénica)*: se refiere a la realización de acciones en una situación clínica que sean perjudiciales para el paciente; *g) elementos de nosología*; *h) crítica a las acciones efectuadas (crítica al colega)*.

Al mismo tiempo, los alumnos participaban en las actividades asistenciales con sus profesores y residentes de grados superiores, cuando los hubo. Colaboraron además en la realización de historias clínicas y notas médicas, reglamentadas oficialmente en su elaboración y contenido. Así mismo, acudieron a las sesiones clínicas departamentales derivadas de la atención a los pacientes.

En todos los casos se hizo una evaluación inicial y final de cada módulo con instrumentos validados y consistentes contruidos por los profesores, especialmente para poner de manifiesto el desarrollo de la aptitud clínica durante la rotación clínica respectiva. Se realizaron guardias con frecuencia *A, B, C, D*.

En relación con el principio pedagógico de elaboración autónoma del conocimiento, a cada alumno se le solicitaron 10 resúmenes de casos clínicos reales que les hubiesen llevado a cuestionarse sobre cualquier aspecto de la consulta médica, internamiento hospitalario o egreso, que consideraran como

casos problema o que pudiesen contribuir en su formación en cada uno de los servicios de rotación clínica establecidos en su programa educativo y captados durante su rotación.

Previo al inicio del curso del internado de pregrado, en tres sesiones informativas de una hora cada una y con la lectura de documentos, se presentaron las características más importantes entre la educación participativa *versus* tradicional, y se refirió la manera de realizar los resúmenes de casos clínicos reales con los indicadores que exploran aptitud clínica. Se emplearon los términos útil, a favor, asociado, apropiado, factores de riesgo, datos de gravedad, compatible, como detonadores del razonamiento del alumno y se clarificaron los conceptos para la elaboración de los tallos de los reactivos y de esos términos.

La elección de los casos clínicos, su presentación (única o en etapas que denotaban lo relevante de la evolución), así como la selección de los indicadores, los tallos, los términos que los acompañaron y el número de los enunciados fue realizada libremente por los médicos internos de pregrado en cada rotación. Los casos clínicos incluían el resumen, seguido de los enunciados que tenían la respuesta que consideraban correcta (falsa o verdadera) en la exploración de los diferentes indicadores, así como la argumentación a favor de esa respuesta. Para agregar formalidad a esta actividad se acreditó solamente la entrega de los resúmenes y esto contribuyó parcialmente a conformar la calificación final de la rotación correspondiente. Los alumnos desconocían la evaluación que se haría globalmente de los resúmenes.

Evaluación de los resúmenes clínicos

Para calificar los resúmenes clínicos se consideraron los siguientes aspectos:

- Frecuencia de los diagnósticos problematizados en los casos por rotación.
- Adecuación global y de la construcción del caso.
- Frecuencia de indicadores de aptitud clínica.

Para cumplir los tres aspectos anteriores, previamente se identificaron los diagnósticos más abordados en los resúmenes clínicos para obtener su frecuencia total en los distintos servicios.

Con la finalidad de evaluar la adecuación global en la construcción de los resúmenes de los casos clínicos, se construyó una escala de evaluación por tres profesores e investigadores con experiencia en la elaboración de este tipo de instrumentos, la cual se modificó en tres ocasiones y fue piloteada por los participantes. Finalmente incluyó los siguientes indicadores y subcomponentes; en todos los puntos la evaluación fue dicotómica, presente 1 punto, ausente 0 puntos:

1. *Vinculación del caso con la experiencia*: exploró la relación entre diagnóstico del caso y problemas clínicos comunes del servicio por el que se rotó.
2. *Adecuación de la construcción del resumen clínico condensado*: se definió operacionalmente con la presencia de los cinco subcomponentes siguientes, y se calificó como construcción adecuada si alcanzó 4/5 o 5/5 puntos.
 - a) Coherencia del caso con los indicadores*: congruencia entre el contenido del resumen clínico con los indicadores y sus detonadores con términos adecuadamente contruidos.
 - b) Sintaxis*: si el resumen contaba con una estructura gramatical adecuada.
 - c) Suficiencia del resumen para la exploración de indicadores*: el grado en que el resumen tiene los elementos para explorar los indicadores adecuados, lo anterior mediante la inclusión de datos subjetivos, objetivos y paraclínicos.

d) *Ortografía adecuada*: cuando se presentaban menos de tres errores gramaticales.

e) *Adecuación en el uso de abreviaturas*: empleo de abreviaturas comunes en el escenario en que se desenvuelve el interno y del cual derivó el caso clínico.

3. *Adecuación en la construcción de enunciados*: si eran coherentes con el indicador explorado.
4. *Suficiencia en el uso de indicadores*: si los indicadores del caso exploraban los indicadores de aptitud clínica suficientes de acuerdo con el resumen del caso clínico.

Para evaluar el uso de la frecuencia de indicadores se consideró presente o ausente para cada caso.

Calificación de los resúmenes

En la adecuación global se consideró como adecuada 3 y 4 puntos, e inadecuada 1 y 2. Se realizó una adecuación empírica para llegar a consenso entre los tres investigadores que elaboraron la escala. Después se discutió con todos los evaluadores para esclarecer las dudas de su empleo. Finalmente se agruparon

Cuadro I
Frecuencia en los problemas clínicos explorados

Módulos		Problema clínico explorado	Resumen	
			n	%
Pediatria n = 99	1	Respiratorias (bronquiolitis, faringoamigdalitis, bronconeumonía, asma)	40	40
	2	Gastrointestinales (gastroenteritis aguda, dolor abdominal)	25	25
	3	Quirúrgicas (apendicitis, invaginación intestinal, estenosis pilórica)	13	13
	4	Neurológicos (crisis convulsiva febril)	14	14
	5	Otros (neurología, nefrología, hematología)	7	8
Total			99	100
Urgencias n = 98	1	Adultos (hemorragia digestiva, dolor torácico, neumonías)	32	33
	2	Pediátricas (IRA, GEA, crisis convulsivas)	29	30
	3	Quirúrgicas adultos (abdomen agudo y pie diabético)	16	16
	4	Complicaciones de diabetes (IRNA, IRC, trastornos hidroelectrolíticos)	16	16
	5	Quirúrgicas pediátricas (abdomen agudo)	5	5
Total			98	100
Cirugía n = 105	1	Dolor abdominal (hipocondrio derecho, fosa iliaca derecha)	44	42
	2	Pie diabético y sistema vascular periférico	33	31
	3	Hernias de pared abdominal (posincisional, inguinal, etcétera)	10	9
	4	Oncología (colon, páncreas, estómago)	8	8
	5	Coloproctología (hemorroides, quiste pilonidal y otros)	10	10
Total			105	100
Medicina interna n = 64	1	Metabólicas (complicaciones de diabetes mellitus)	19	30
	2	Gastrointestinales (hemorragia de tubo digestivo alto y bajo)	17	27
	3	Oncológicas	12	19
	4	Cardíacas (dolor torácico, síndrome isquémico coronario agudo)	8	12
	5	Respiratorias (neumonías, asma, TBP, insuficiencia respiratoria)	8	12
Total			64	100
Medicina familiar n = 33	1	Neurología (enfermedad vascular cerebral)	10	31
	2	Infecciosas (cervicovaginitis, GEA e infección de vías urinarias)	8	24
	3	Hipertensión arterial (control)	3	9
	4	Obstétricas (control prenatal y complicaciones)	3	9
	5	Gastroenterología: colon irritable y reflujo gastroesofágico	3	9
	6	Otras	6	18
Total			33	100
Ginecología y obstetricia n = 31	1	Infecciosas (cervicovaginitis y urinarias)	9	29
	2	Trabajo de parto con complicación	9	29
	3	Enfermedad hipertensiva del embarazo (preeclampsia, síndrome HELLP)	6	19
	4	Placenta previa, DG y síndrome de anticuerpos antifosfolípidos	4	13
	5	Fetales (aborto, sufrimiento fetal)	3	10
Total			31	100

IRA = infección respiratoria aguda, GEA = gastroenteritis infecciosa aguda, IRNA = insuficiencia renal aguda, IRC = insuficiencia renal crónica, TBP = tuberculosis pulmonar aguda, DG = diabetes gestacional

los casos de acuerdo con el módulo correspondiente y se identificaron los diagnósticos de los casos clínicos seleccionados por los médicos internos.

Evaluación de los resúmenes clínicos

Para conservar una mirada relacionada con el alumno, el total de casos fue evaluado por seis pasantes que cursaban el servicio social en investigación, quienes a su vez durante el año previo de internado de pregrado construyeron resúmenes clínicos bajo esta visión educativa y resolvieron instrumentos de aptitud clínica durante sus rotaciones modulares correspondientes. Además, tuvieron lecturas de artículos sobre la propuesta teórica educativa de participación. Llevaron en forma simultánea varios cursos de lectura crítica de artículos de investigación factual y participaron como ayudantes en subgrupos en los cursos dirigidos a otros médicos internos de recién ingreso. Fueron egresados del internado de pregrado en Nuevo León, por lo que consideramos se encontraban familiarizados en el uso de estos instrumentos. En ningún momento se consideraron como expertos. No se realizó una evaluación por profesores.

En la primera ronda de calificación (adecuación global y construcción), cada evaluador revisó de manera independiente los resúmenes de los casos clínicos de un solo módulo usando la escala referida.

En la segunda ronda de calificación, cada uno revisó en forma independiente los resúmenes de los otros dos módulos ya calificados a su vez por un segundo y tercero evaluador del mismo grupo,

calificándolos como adecuados o inadecuados. Se determinó el acuerdo en la adecuación global entre los observadores. Finalmente se analizó la frecuencia en el uso de los indicadores. Los resultados se conjuntaron en tablas de frecuencias simples.

Resultados

Se revisaron 430 resúmenes en total (105 de cirugía general, 99 de pediatría, 98 de urgencias 64 de medicina interna, 33 de medicina familiar y 31 de ginecoobstetricia) con 1880 indicadores (los ocho indicadores abordados en forma diferente) de la aptitud clínica explorados en 7536 enunciados. Enseguida se refiere la frecuencia de argumentaciones realizadas por los internos para sustentar una respuesta correcta (verdadera o falsa) en cada módulo: en pediatría 37 %, en urgencias 33 %, cirugía general 35 %, medicina interna 67 %, medicina familiar 88 % y ginecoobstetricia 68 %. La frecuencia global fue de 46 %.

Como puede observarse en el cuadro I, en pediatría en más de la mitad de los casos (75 %) se abordaron enfermedades infecciosas respiratorias y gastrointestinales. En urgencias de adultos, los casos más seleccionados (una tercera parte) se relacionaron con problemas agudos y en 16 % las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes mellitus. En cirugía destacó el estudio de casos que involucraron decisión quirúrgica abdominal en 42 % de los casos. Destaca la inclusión de pacientes con pie diabético en 31 %. En medicina interna, 30 % de los casos presentaron complicaciones de la diabetes mellitus y 27 % estuvieron relacionados con sangrado del tubo digestivo alto. En medicina familiar, los casos se relacionaron en 42 % con alteraciones neurológicas y en 8 % con vigilancia y control de embarazo y de hipertensión arterial, respectivamente. Finalmente, en ginecoobstetricia destaca en 29 % los casos sobre infecciones y trabajo de parto complicado, respectivamente, y en una quinta parte la enfermedad hipertensiva del embarazo.

En el cuadro II se muestra que de los indicadores de aptitud clínica explorados globalmente (I al VIII), 18 % correspondió a los factores de riesgo. Esta

Cuadro II

Indicadores que seleccionan los alumnos en los distintos resúmenes en sus rotaciones modulares

Módulo	Total resúmenes		Total indicadores		Total reactivos		I		II.1		II.2		III		IV		V		VI		VII		VIII	
	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Pediatría	99	23	436	100	1744	84	19	88	20	57	13	9	2	1	0	78	18	71	16	29	8	19	4	
Urgencias	98	23	361	100	1444	81	22	98	27	0	0	15	4	0	0	78	22	75	21	7	2	7	2	
Cirugía	105	24	539	100	2156	85	16	95	17	78	15	35	7	5	1	56	10	80	15	103	19	2	1	
Medicina interna	64	15	245	100	980	43	18	58	23	23	9	1	0	9	4	48	20	48	20	2	1	13	5	
Medicina familiar	33	8	149	100	596	22	15	31	21	18	12	3	2	1	1	26	17	27	18	15	10	6	4	
Gineco- obstetricia	31	7	154	100	616	23	15	24	16	26	17	14	9	2	1	18	12	20	13	15	10	12	8	
Total	430	100	1880	100	7536	338	18	394	21	202	11	77	4	18	5	304	16	321	17	171	9	59	3	

I. Factores de riesgo; II. Manejo de indicadores clínicos; II.1. Integración diagnóstica; II.2. Indicios clínicos; III. Omisión iatropatogénica;

IV. Comisión iatropatogénica; V. Uso de recursos paraclínicos para integrar un diagnóstico; VI. Uso de recursos terapéuticos;

VII. Nosología; VIII. Crítica a las acciones efectuadas

exploración fue más frecuente en urgencias (22 %) y menos en ginecoobstetricia y medicina familiar (15 %). La tercera parte (32 %) estuvo relacionada con el diagnóstico clínico. El uso de recursos paraclínicos se exploró en 16 % en forma global; en urgencias 22 % y menos en cirugía general (10 %). El uso de recursos terapéuticos se abordó en 17 %. Los indicadores de omisión y comisión iatropatógenicas se establecieron en 4 y 5 %, respectivamente. El 9 % correspondió a nosología y solo 3 % se refirió a la crítica a las acciones efectuadas.

En el cuadro III se muestran los resultados del acuerdo entre observadores en relación con la adecuación global de los resúmenes clínicos.

Discusión

A pesar de ser una actividad nueva que comprende el programa educativo del internado de pregrado en Nuevo León, agregada a las otras actividades clínicas que se desarrollan en los departamentos, destaca la selección de los casos, la elaboración de los resúmenes clínicos y el uso de indicadores de la aptitud clínica en las rotaciones realizadas.

Este estudio explora transversalmente lo que los alumnos pueden elaborar al abordar a un paciente de una manera diferente. No construyeron instrumentos de evaluación de la aptitud clínica, lo cual ameritaría una experiencia clínica más depurada y un procedimiento diferente. Se trató de observar en qué medida los alumnos utilizaban los indicadores de la aptitud clínica en los resúmenes de casos reales seleccionados para enfrentar adecuadamente a los pacientes, enriqueciendo su idea de las potencialidades educativas de la historia clínica como detonador de la reflexión en el contexto institucional actual, ya que este documento es la fuente de la información médica, por lo

que todos los esfuerzos que tiendan a afinar su elaboración deben ser evaluados.¹⁴⁻¹⁶

Por el diseño, la elaboración de los resúmenes clínicos no se relacionó con el tiempo de permanencia en el internado, aunque consideramos que es una variable importante pues al final del internado se esperaría una elaboración más detallada y una mirada más penetrante a los problemas de los pacientes que al inicio del mismo.

La selección de los casos muestra la vinculación con una realidad médica social en la que los alumnos se encuentran inmersos, exceptuando medicina familiar, ya que en este módulo las guardias se realizaron en el hospital, especialmente en neurología, lo que indica, por un lado, una influencia débil de los profesores de medicina familiar (aunque el número de resúmenes clínicos fue menor en esta rotación) y, por el otro, una fuerte influencia de la medicina hospitalaria.

En cirugía se eligieron pacientes con complicaciones vasculares diabéticas tardías que no se incluyen en el programa institucional ni en los instrumentos de evaluación usados en ese módulo. No se incluye este padecimiento en el instrumento de evaluación construido y validado por profesores para evaluar el desarrollo de la aptitud clínica al inicio y final de ese módulo, lo que lleva a replantear la mirada de los alumnos en su entorno clínico relacionado con la alta frecuencia del padecimiento en la población que acude a ese hospital.

La problematización de los casos clínicos que corresponden al diagnóstico de salud de las unidades excepto en medicina familiar, revela que los procesos morbosos más frecuentes que aquejan a los pacientes son los más seleccionados por los alumnos en esta etapa, y evidencia el uso de estrategias educativas de participación utilizadas por los profesores en grados diversos para enfrentar esos problemas integralmente, aunque no se midió el ambiente educativo pues no fue un propósito del estudio.

En relación con la selección de indicadores y de acuerdo con la incipiente incursión del alumno en el ámbito clínico, era de esperar que los más explorados estuvieran relacionados con el manejo de indicadores clínicos con una visión biológica y los menos abordados fuesen los asociados con una aptitud clínica más decantada.

La frecuencia de indicadores que exploran factores de riesgo, el uso de recursos diagnósticos y las conductas terapéuticas conforman —desde nuestro punto de vista— un abordaje diferente, ya que tradicionalmente no son explorados y traducirían durante este ciclo educativo, un cambio favorable de los alumnos transitando desde una conceptualización

Cuadro III
Acuerdo de adecuación en la construcción de los resúmenes clínicos.

Módulo	n = 430		Adecuado		Inadecuado		Acuerdo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pediatría	99	23.0	61	62	8	8	69	70
Urgencias	98	22.8	50	51	5	5	55	56
Cirugía	105	24.4	73	70	0	0	73	70
Medicina interna	64	14.9	39	61	0	0	39	61
Medicina familiar	33	7.7	20	61	9	27	29	88
Ginecoobstetricia	31	7.2	23	74	0	0	23	74

Adecuado = calificación 3 y 4; Inadecuado = calificación 1 y 2;
Acuerdo total = tres observadores de tres

tradicional de la medicina, más orientada al daño que a la prevención y aún vigente en la gran mayoría de instituciones de salud y universidades.

La escasa proporción de indicadores que exploran las omisiones y comisiones terapéuticas, así como la crítica al colega, pueden denotar una incipiente aptitud clínica que aún le impide al futuro médico general realizar el ejercicio de la crítica, que en este primer acercamiento estaría dirigida a sus profesores, es decir, los médicos tratantes.

La construcción de resúmenes clínicos con indicadores que indagan la aptitud clínica y vinculados con la experiencia vital de estos médicos en formación, puede acercarlos a revalorar la importancia de la recopilación de datos a través de un interrogatorio intencionado, y una exploración física más orientada a un diagnóstico clínico que usaría racionalmente los recursos diagnósticos y se esforzaría por evitar las acciones iatrogénicas en un ejercicio reflexivo y cotidiano en cada paciente.

Esto enriquecería los elementos que conforman las historias clínicas, que en muchos casos son exigidas sin estimular al alumno a realizar un cuestionamiento de su quehacer médico, aún en su recién iniciada práctica clínica.

Es la elaboración del resumen con sus indicadores lo que detona una reflexión clínica, que si bien incipiente constituye una primera aproximación de un deseable y prolongado periodo de refinamiento que llevaría al desarrollo de una aptitud clínica más depurada si se continúa con esta actividad en forma permanente. Es obvio que un diagnóstico clínico depurado puede servir como prueba diagnóstica altamente sensible o específica al alcance de la mano en una realidad médica compleja.

Todo ello remite al rescate de la historia clínica que se utiliza aquí como una poderosa herramienta de aprendizaje, cuando se elabora teniendo en cuenta los indicadores que exploran la aptitud clínica, lo que permite un abordaje más completo de los problemas clínicos de los pacientes alejándose del concepto administrativo de las notas e historia clínica, que solamente valora la presencia o ausencia de datos,¹⁴⁻¹⁶ el costo-beneficio en el internamiento de un paciente o la exploración de las notas de egreso para buscar la calidad de la atención médica.¹⁵

El papel del docente se encuentra implícito en esta elaboración, pues algunos de los profesores han acudido a tomar diplomados metodológicos al Centro de Formación e Investigación Educativa y se han formado en esta epistemología con orientación en la educación promotora de la participación.

Consideramos que es el primer trabajo que explora la formulación de resúmenes clínicos por par-

te de los alumnos después de exponerse a estrategias educativas de participación (diversificadas cualitativamente en cada servicio) para tratar de desarrollar esta aptitud práctica propia de la elaboración del conocimiento, reconstruyendo los casos clínicos, problematizándolos, además de llevar a cabo la experiencia educativa paralela en el servicio que desarrollan los profesores, con matices y profundidad diversa, bajo la mirada educativa de la crítica de la experiencia. Además, todos los alumnos contestan un instrumento de evaluación de la aptitud clínica (en una tercera versión en esa delegación) al inicio y fin del curso, diseñado por los profesores.

En este ambiente propiciado por los profesores (no medido en este trabajo), consideramos que se podría explorar indirectamente los efectos posteriores de una visión educativa promotora de la participación, que induciría a los alumnos a afrontar más adecuadamente —en forma diferenciada de la visión tradicional— los problemas clínicos de los pacientes.

Con base en los resultados debería reconsiderarse la inclusión de todos los indicadores en los instrumentos elaborados por los profesores, para identificar la aptitud clínica en estudiantes y en internos de pregrado, pues *a priori* se piensa que este personal de salud en formación es incapaz de enfrentarse o resolver algunas situaciones clínicas omitiendo ciertos indicadores (crítica al colega, errores por omisión y comisión, evaluación de exámenes de laboratorio y gabinete) que, como observamos, sí son explorados por los alumnos a pesar de su reciente incursión clínica.

Cuando comparamos los instrumentos de los profesores en los trabajos para internado de pregrado, encontramos que los indicadores utilizados se encuentran explorados con una frecuencia menor¹⁰ a los instrumentos de los alumnos en esta observación.¹³

Los resultados del acuerdo entre observadores en la evaluación de los casos, cuando se abordaban globalmente, denotan que la aptitud clínica es una habilidad que amerita refinamiento y crítica permanente sobre el quehacer clínico, que no se adquiere totalmente con la rotación bimensual por un servicio durante el internado y que requeriría, además del ejercicio clínico por tiempo más prolongado, construir y validar instrumentos para tal fin. Por lo tanto, consideramos que la evaluación de casos clínicos necesita la intervención de expertos clínicos. Por otro lado, pensamos que el propio instrumento de evaluación fue insuficiente para los fines que se pretendían por la complejidad de los puntos evaluados.

Consideramos que analizar la mirada de los alumnos en un proceso poco explorado es una fortaleza del estudio. Además, no existen reportes que evalúen la adecuación en la construcción de los casos, por lo que consideramos que sería importante la guía de evaluación propuesta (aún mejorable) para medir esos aspectos complejos y poco abordados.

Por otro lado, la evaluación independiente de los casos clínicos y el desarrollo de un instrumento de evaluación validado, acercó al rigor metodológico que una investigación de esta naturaleza amerita. Además, se tuvo la oportunidad de revisar numerosos casos clínicos problematizados con diferentes enunciados y argumentaciones formuladas por los propios jóvenes internos.

Las debilidades consistieron en la no inclusión de una evaluación intraobservador para otorgarle más consistencia a los resultados, sin embargo, el alto número de resúmenes clínicos limitaba esta práctica. La naturaleza transversal del estudio no permitió realizar el seguimiento de cambios durante el internado. Los resultados no se relacionaron con los obtenidos en los instrumentos que exploran la evaluación de la aptitud clínica, aunque el objetivo fue definido de esta manera.

Concluimos que en este estudio lo que se aborda es “la voz de los alumnos”, representada por los médicos internos de pregrado, ya que rara vez es

considerada en publicaciones educativas. Aunque se enfatiza discursivamente que lo más importante en la educación es el aprendizaje de los alumnos, se ha ignorado la representación que ellos hacen de su realidad médica inmediata, de su experiencia vital en un ejercicio médico reciente y casi inmediato a su egreso universitario, caracterizado este último por un proceso educativo predominantemente tradicional, desvinculado de la experiencia.

La integración de resúmenes clínicos por los alumnos permite rescatar la visión personal que se tiene de un problema clínico; consideramos que es una parte fundamental para encauzar a los alumnos en el desarrollo de un aprendizaje autónomo, paralelo al esfuerzo que para el mismo fin realizan sus profesores.

Los enunciados que exploran los indicadores de la aptitud clínica, les permiten realizar una crítica —pieza fundamental en esta propuesta epistemológica— al diagnóstico establecido, al uso racional de los recursos diagnósticos, tratamiento establecido o a las acciones realizadas por él mismo, sus pares o sus profesores.

En el presente trabajo se muestran indicios que resaltan los alcances de la crítica de la experiencia encaminada a fomentar en el interno de pregrado este ejercicio personal de reelaboración a partir de una realidad médica concreta e individualizada, que persigue alejarse de la masificación de los pacientes, que cada vez se interesa más en esas peculiaridades individuales que cada uno posee.

Por lo tanto, se vislumbran alcances educativos más profundos cuando, de acuerdo con esta propuesta, son los propios alumnos quienes elaboran ese conocimiento del entorno clínico inmediato. Además, quisimos cuidar en lo posible, para preservar la voz de los alumnos, la participación de ex internos de pregrado y en el tiempo en que se realizó el estudio pasantes en investigación, en la elaboración de la guía de evaluación de los resúmenes y su revisión. En el análisis de los resúmenes clínicos, los evaluadores a su vez utilizaron su experiencia clínica para tratar de responder a las interrogantes que en cada enunciado su casi pares formulaban.

Consideramos que los resultados del estudio brindan sustento empírico a la propuesta epistemológica y sustento teórico a la presente investigación, en cuanto a los alcances educativos de la participación de los alumnos en la construcción de su propio conocimiento, pilar básico de esa propuesta.

Referencias

1. Viniegra-Velázquez L. En: Educación y crítica. El proceso de elaboración del conocimiento. México: Paidós Educador; 2002.
2. Sabido-Sighler MC, Viniegra-Velázquez L. Competencia y desempeño clínicos en diabetes. *Rev Invest Clin* 1998;50(3):211-216.
3. García-Mangas JA, Viniegra-Velázquez L. Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar. *Rev Med IMSS* 2003;41(6):487-494.
4. Pantoja-Palmeros M, Barrera-Monita J, Insfrán-Sánchez DM. Instrumento para evaluar aptitud clínica en anestesiología. *Rev Med IMSS* 2003;41(1):15-22.
5. Viniegra-Velázquez L, Jiménez-Ramírez JL, Pérez-Padilla JR. El desafío de la evaluación de la competencia clínica. *Rev Invest Clin* 1991;43(1):87-98.
6. Viniegra-Velázquez L, Jiménez-Ramírez JL. Nuevas aproximaciones a la medición de la competencia clínica. *Rev Invest Clin* 1992;44(2):269-275.
7. Tun-Queb MC, Aguilar-Mejía E, Viniegra-Velázquez L. Desarrollo de la aptitud clínica en estudiantes de segundo año de la carrera de medicina. *Rev Med IMSS* 1999;37(2):141-146.
8. Ramírez-Bautista CD, Espinosa-Alarcón P. Competencia clínica en hipertensión arterial sistémica de alumnos de pregrado de dos escuelas de medicina. *Rev Invest Clin* 2000;52(2):132-139.
9. Trujillo-Galván FD, González-Cobos R, Murguía-Miranda C. Competencia clínica en diabetes mellitus. *Rev Med IMSS* 2002;40(6):467-472.
10. Cobos-Aguilar H, Insfrán-Sánchez MD, Pérez-Cortés P, Elizaldi-Lozano NE, Hernández-Dávila E, Barrera-Monita J. Aptitud clínica durante el internado de pregrado en hospitales generales. *Rev Med IMSS* 2004;42(6):469-476.
11. Rivera-Campos JM, Leyva-González FA, Leyva-Salas CA. Desarrollo de la aptitud clínica de médicos internos de pregrado en anemias carenciales mediante una estrategia educativa promotora de la participación. *Rev Invest Clin* 2005;57(6):784-793.
12. Hernández-Pérez F, Ramírez-Bautista CD, Medina-Figueroa AM. Desarrollo de la aptitud clínica de médicos internos de pregrado para la atención de urgencias médicas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006. Disponible en http://edumed.imss.gob.mx:8080/srv_ims_bsq/apiti_clinica/v44_ma_apitudc_int.html
13. Cobos-Aguilar H, Pérez-Cortés P, Elizaldi-Lozano NE. Adquisición de habilidades clínicas durante el internado de pregrado en hospitales generales. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006;44(Supl):S9-S16.
14. Navarrete-Navarro S, López-García GA, Hernández-Sierra JF, Mejía-Arangur JM, Rubio-Rodríguez S. Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico. *Gac Med Mex* 2000;136(3):207-212.
15. Rodríguez-Velasco A, Furuya MEY, Rodríguez-Zepeda MC, Cárdenas-Navarrete R, Madrigal-Muñoz O, Sciandra-Rico M. La hoja de egreso hospitalario. Comentarios de un comité de mortalidad. *Rev Med IMSS* 2003;41(6):481-485.
16. López-Serrano A, Ramírez-de la Roche OF, Arce-Arrieta E, Rivapalacio-Chiang SIL. Evaluación de la atención médica por medio del expediente clínico y la satisfacción del usuario en una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Arch Med Fam* 2002;4(2):56-62.