

¿SABEMOS CÓMO ESCRIBIMOS EN NUESTRAS HISTORIAS CLÍNICAS?

Los profesionales de la salud nos comunicamos sobre nuestros pacientes de diferentes formas, una de las cuales es a través de lo que escribimos en nuestras historias clínicas. Es sabido que las experiencias tempranas en la formación impactan y moldean el sentido profesional de la práctica de los estudiantes o noveles graduados (1). Los estudiantes de medicina y residentes utilizan las historias clínicas en sus actividades cotidianas, y deben desarrollar habilidades de registro e interpretación. Un desafío de los registros electrónicos es que pueden limitar el uso de la historia clínica como espacio de reflexión que refleje el razonamiento diagnóstico o la toma de decisiones. Algo similar ocurre con la posibilidad de utilizarla como fuente para la evaluación y devolución sobre algunos aspectos de la competencia clínica.

Hoy se espera que los médicos no sólo demuestren habilidades para realizar la tarea médica, sino cierta identidad profesional que se une inseparablemente a las competencias y que debería ser evaluada. Recientemente se propuso que a la conocida pirámide de Miller se agregue el “ser” al “hacer” (2).

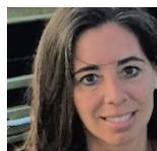
Siguiendo estas líneas de pensamiento, cuando leemos una historia clínica de nuestros residentes o estudiantes prestamos alguna atención a cómo se refieren a los pacientes. Goddu y colaboradores publican un artículo que intenta determinar si las historias clínicas sirven como medio para transmitir sesgos sobre los pacientes cuando se utiliza lenguaje que puede ser considerado estigmatizante, en especial si puede afectar las actitudes hacia el paciente y la toma de decisiones por parte de estudiantes (3). Las conclusiones son preocupantes y nos deben llevar a revisar nuestras prácticas. Por medio de historias clínicas simuladas y encuestas a residentes y estudiantes para medir sus reacciones, concluyen que la exposición a lenguaje estigmatizante se asocia a acti-



Médico (Mg) Marcelo
García Dieguez.



Médica (Mg) Roberta
Inés Ladenheim.



Médica (Mg) Cintia
L'hospital.

tudes más negativas hacia los pacientes, y con enfoques terapéuticos menos activos en el tratamiento del dolor. Los autores sostienen que los sesgos implícitos producen la activación automática de estereotipos derivados de las experiencias culturales que influyen el juicio en formas no intencionales ni conscientemente reconocidas y que el lenguaje cumple una función en ello.

Cada vez que tomamos decisiones complejas ponemos en juego las heurísticas, que no son más que sesgos cognitivos que nos hacen vulnerables a cometer errores. Hay diferentes heurísticas, pero todas se basan en experiencias previas y elementos del contexto cultural (4). El modo en el que se ha generado un lenguaje médico “técnico” para referirnos a los pacientes y sus situaciones clínicas ha llevado a denominar a la cultura médica la “no cultura” (5), en la medida en que la estandarización en síntomas y síndromes lleva a la pérdida de la singularidad de los sujetos. Los problemas de comunicación entre los médicos y los pacientes pueden surgir porque los profesionales se centran en las enfermedades y su manejo, en lugar de en las personas, sus vidas y sus

problemas de salud, del modelo de cuidados centrados en las personas (6). Los registros en las historias clínicas deberían reflejar el control compartido de la consulta, decisiones sobre intervenciones o manejo de la salud con el paciente y un enfoque en la consulta sobre el paciente como una persona con preferencias individuales que se sitúa en contextos sociales, en contraste con un enfoque en la consulta sobre una parte del cuerpo o enfermedad. Posiblemente estos aspectos no planificados pero relevantes de la formación médica puedan ser abordados mediante actividades que permitan que los estudiantes

y residentes reflexionen sobre sus prácticas; los usos de portafolios acompañados de ejercicios de reflexión constituyen una excelente herramienta para abordar y modelar estos aspectos del profesionalismo (7).

Marcelo García Diéguez,¹
Roberta Inés Ladenheim,²
Cintia L'hospital³

Referencias bibliográficas

1. Littlewood S, Ypinazar W, Margolis S, et al. Early practical experience and the social responsiveness of clinical education: systematic review *BMJ* 2005;331:387-91
2. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's pyramid to include professional identity formation. *Acad Med* 2016;91:180-5
3. Goddu A, O'Connor KJ, Lanzkron S, et al. Do words matter? Stigmatizing language and the transmission of bias in the medical record. *J Gen Intern Med* 2018;33:685-91
4. Tversky A, Kahneman D. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. *Science* 1974;185:1124-31
5. Taylor JS. Confronting 'culture' in medicine's 'culture of no culture'. *Academic Medicine* 78(3):555-9
6. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, et al. *Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations (Cochrane Review)*. En: The Cochrane Library 2004 (1). Oxford: Update Software
7. Van Tartwijk J, Driessen EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide no. 45. *Med Teach* 2009;31:790-801

¹Médico clínico. Master in Health Professional Education. Profesor asociado del Área Clínica de la Universidad Nacional del Sur. Director Nacional de Capital Humano (Secretaría de Gobierno, Ministerio de Salud y Desarrollo Social)

²Médica clínica. Magíster en Educación para Profesionales de la Salud. Profesora asociada de Medicina Interna del Instituto Universitario CEMIC. Coordinadora Nacional de Formación de Recursos Humanos en Salud (Secretaría de Gobierno, Ministerio de Salud y Desarrollo Social)

³Médica generalista. Magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud. Docente del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA y de la Escuela de Salud, Universidad Nacional del Centro, Coordinadora de Políticas de Recursos Humanos, Dirección Nacional de Capital Humano (Secretaría de Gobierno, Ministerio de Salud y Desarrollo Social)