



ORIGINAL BREVE

Precisión del diagnóstico en medicina interna e influencia de un sistema informático en el razonamiento clínico



Lorenzo Alonso-Carrión^{a,*}, Fernando Javier Sánchez-Lora^b, Carlos Hinojosa-López^b, Juan José Porras-Vivas^b, Ana Cuenca-Guerrero^b y Manuel Abarca-Costalago^b

^a UGC Cáncer, Servicio de Oncología Médica, Hospital Clínico de Málaga, Málaga, España

^b UGC Medicina Interna, Servicio de Medicina Interna, Hospital Clínico de Málaga, Málaga, España

Recibido el 29 de junio de 2015; aceptado el 9 de septiembre de 2015

Disponible en Internet el 14 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Precisión diagnóstica;
Mejora del diagnóstico;
Sistema informático de apoyo diagnóstico;
Mejora de la calidad;
Razonamiento clínico

KEYWORDS

Diagnostic accuracy;
Improving diagnosis;
Electronic reminder tool;

Resumen

Introducción: El contacto inicial entre paciente y médico es clave para plantear un diagnóstico diferencial. Este proceso está basado en la experiencia y en la recuperación de patrones almacenados en el cerebro. Un problema importante es la limitación de la memoria, por lo que un sistema electrónico de sugerencia de posibilidades podría ser de utilidad.

Objetivos: Conocer la precisión diagnóstica de un grupo de internistas interaccionando con un sistema informático de apoyo al diagnóstico (SIAD). Conocer el grado de acuerdo entre los clínicos y el SIAD en su capacidad para enumerar un correcto diagnóstico inicial.

Pacientes y método: estudio prospectivo realizado en un hospital general en Málaga, en el que se mide la precisión diagnóstica para clínicos y SIAD en una muestra de 50 pacientes.

Resultados: La precisión diagnóstica de los clínicos fue del 60% y la del SIAD, del 72% (diferencia no significativa). La concordancia entre ambos fue baja ($\kappa = 0,33$).

Conclusión: Los clínicos y el SIAD tienen similar precisión diagnóstica inicial, pero una baja concordancia, lo que puede evidenciar un comportamiento operativo diferente.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

The accuracy of the diagnosis in internal medicine and the influence of a computerised system on clinical reasoning

Abstract

Introduction: The first contact between a physician and a patient is a key moment to establishing a differential diagnosis. This process is based on experience and recovery of patterns

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ljalonso@uma.es (L. Alonso-Carrión).

**Quality improvement;
Clinical reasoning**

stored in the brain. One important problem is the limitation of memory, thus a computerised system that suggests possibilities could be of use in establishing a differential diagnosis.

Objectives: To determine the diagnostic accuracy of a group of internists working with an Electronic Diagnostic Reminder Tool (EDRT). To measure the agreement between clinicians and the EDRT in the initial diagnostic work.

Patients and method: A prospective study was conducted in a general hospital in Málaga, Spain. The diagnostic accuracy of clinicians and the EDRT was recorded on a sample of 50 patients.

Results: The diagnostic accuracy for clinicians was 60%, and for the EDRT it was 72%, with a low agreement ($\kappa=0.33$).

Conclusion: Clinicians and the EDRT have a similar diagnostic accuracy, but a low level of concordance, showing a different operational behaviour.

© 2015 Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En alcanzar el diagnóstico tiene la actuación médica la base fundamental para la toma de decisión con el paciente y ello resume la formación y experiencia en medicina. La palabra diagnóstico se refiere tanto a la detección de una etiología concreta como al proceso temporal que lleva a su identificación, en el que la nueva incorporación de datos complementarios y la evolución clínica permiten calibrar el diagnóstico diferencial inicial. La precisión en el diagnóstico puede asimilarse a la precisión de una prueba diagnóstica, referida a la capacidad de la prueba para medir lo que pretende medir¹, y depende de la meticulosidad en la obtención inicial de signos y síntomas y de la interpretación de estos², y podemos definirla en el ámbito clínico como la capacidad de un médico para clasificar de forma correcta el problema del paciente. La precisión en el diagnóstico está influida de forma positiva por la facilidad de la memoria para recuperar patrones o *scripts* representativos de enfermedades³, aunque esta capacidad es limitada, ya que solo pueden manejarse no más de siete posibilidades a la vez y está sometida a la posibilidad de sesgos en el razonamiento clínico que afectan al automatismo inherente al proceso^{4,5}. Hasta el momento ninguna estrategia a nivel cognitivo⁶ o sistémico⁷ ha demostrado influencia para mejorar la precisión diagnóstica o lo que es lo mismo, para disminuir el error de diagnóstico. Los sistemas informáticos de apoyo al diagnóstico (SIAD) pueden aportar un valor al ser capaces de sugerir de forma inmediata listados más amplios de posibilidades diagnósticas y pueden ser complementarios a la práctica clínica habitual.

Material y método

Ámbito del estudio

El estudio se llevó a cabo en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Clínico Universitario de Málaga durante el período de 2012 a 2014. Participaron un total de cinco médicos adjuntos del servicio apoyados por un médico externo que hacía las funciones de coordinador.

Objetivos y métodos

Conocer la precisión diagnóstica conjunta de un grupo de internistas al inicio de la valoración del paciente, en relación a la "prueba de oro" que era el diagnóstico final conseguido al terminar el proceso diagnóstico. En segundo lugar se estudió la rentabilidad o precisión diagnóstica de un SIAD, lo cual requirió el proporcionar signos, síntomas o datos complementarios clave que fueron introducidos por los propios clínicos. Se utilizó la versión comercial por suscripción de Isabel Healthcare®, programa validado en el ámbito de la medicina interna⁸. En el primer contacto con el paciente, tras realizar la historia clínica, se detallaban por parte del clínico las posibilidades diagnósticas. Además, el mismo clínico introducía en el sistema informático las palabras clave (signos, síntomas o datos) y se obtenía un listado de todas las posibilidades diagnósticas. Cada paciente fue seguido de forma activa hasta el final del proceso de diagnóstico. Se consideraba acierto para el clínico cuando en el diagnóstico diferencial inicial se había incluido el diagnóstico final definitivo; el proceso era similar para el caso del programa informático, con la diferencia de que el número de sugerencias diagnósticas de este era más numerosa en relación al clínico. El listado del SIAD era mostrado a los clínicos por si deseaban añadir alguna otra posibilidad diagnóstica a su consideración inicial. Tras los primeros 25 pacientes, se comunicó a los clínicos la precisión alcanzada en conjunto, con la intención de observar el comportamiento en una segunda fase con otros 25 pacientes y su interacción con el SIAD.

Criterios de inclusión

De forma prospectiva se incluyeron pacientes no seleccionados que ingresaron para estudio en el servicio de medicina interna tras acudir a urgencias. Se seleccionaron 61 pacientes según criterios de inclusión iniciales, pero solo 50 cumplían todos los criterios establecidos. Las causas para no incluir estos pacientes fueron varias, entre ellas una información incompleta de seguimiento, una evolución espontánea a la resolución y una dificultad para establecer al menos un enfoque sindrómico.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3323783>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3323783>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)