

Documento de posicionamiento sobre el hiperregistro ("registritis") en el encuentro clínico profesional-paciente en la Atención Primaria (AP)

Grupo de Ética de la CAMFiC

Introducción

Cada vez más los pacientes se quejan de que los profesionales no los miran, que miran más al ordenador que a ellos. Una queja que hace entrever un sentimiento de trato despersonalizado que según el Diccionario de la Real Academia Española significa "*Quitar carácter personal a un hecho, asunto o relación*"¹.

Los profesionales también se quejan porque entienden que las instituciones y empresas les están pidiendo, y ligando a incentivos económicos, que registren. Y para registrar todo lo que se les "pide" hay que estar mucho tiempo atendiendo al ordenador. Hace sólo 20 años el acto clínico consistía en una entrevista de dos personas donde una de ellas, el profesional, tomaba algunas notas en la historia de papel. Ahora podemos afirmar en cambio que el acto clínico se ha convertido en una situación donde el profesional, además de hacer lo que hacía antes, tiene que atender a una pantalla que le pide mucho más de lo que le da. Y podríamos incluso pensar que puede actuar como factor distractor, es más sencillo pulsar teclas que escuchar a alguien que sufre, o hacer una buena anamnesis de un síntoma común, o un buen diagnóstico diferencial para evitar que nada se escape, o incluso una negociación con el paciente para tomar decisiones compartidas para su salud.

Las quejas de unos y otros están avaladas por estudios científicos que dicen que los médicos de atención primaria pasan más de la mitad de su tiempo de trabajo diario haciendo tareas en el ordenador, tanto en presencia de los pacientes como cuando no están visitando pacientes. Y lo que es más preocupante, cuando se analizan visitas y la relación médico-ordenador-paciente se comprueba que el profesional mira más tiempo al ordenador que a la persona.

La presencia del ordenador y la informática es un hecho, y ocupan hoy en día un lugar preponderante en las consultas. Es evidente que su uso además de ser una realidad ha introducido ganancias importantes en la atención sanitaria, como por ejemplo en la comunicación y coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, en la evaluación de la calidad asistencial, o en la seguridad del paciente, entre otros.

Hay que recordar, sin embargo, que la finalidad del encuentro clínico profesional-paciente es crear una relación de confianza que sea útil para el paciente y para el profesional en la tarea de "curar y solucionar a veces, escuchar, entender y acompañar siempre a los pacientes"². Los registros deben ser una herramienta de ayuda al profesional para atender a las personas y se debe utilizar la tecnología con fines clínicos y potenciadores de la relación.

La historia clínica (HC) es actualmente una herramienta de recopilación de datos que aparentemente mejoran la atención sanitaria pero es evidente que nuestra profesión es mucho más que recoger datos y no puede estar centrada en los datos. Debe estar al servicio del profesional, del paciente y de la relación entre ambos, y no todos ellos al servicio de una HC que es un recipiente de datos.

¹ RAE <http://dle.rae.es/?id=DLLOi8M>

² Frase atribuida a los médicos franceses de finales del siglo XIX Bérard y Gubler

¿Qué cambios se están produciendo en las consultas y en la relación profesional-paciente?

1. La informatización de los registros clínicos ha llevado a una gran proliferación de listas de comprobación, plantillas estructuradas, listados informáticos, etc., que introduce "un tercer elemento" en la consulta médica. Este hecho tiene consecuencias en la dinámica, y la interacción entre las personas y la tecnología, constituyendo un nuevo fenómeno social³.
2. La primera consecuencia es que las demandas de registros han aumentado exponencialmente, por lo que en el argot profesional se habla ya de "registritis".
3. Estos registros informáticos estructurados han obligado a estandarizar aún más la terminología clínica, los motivos de consulta y las demandas de los pacientes.
4. Muchos de estos registros no tienen objetivos asistenciales, más bien son generados para la gestión o con fines epidemiológicos, a pesar de que es conocido que la fiabilidad de muchos de los datos para estos usos no clínicos es dudosa.

¿Cuáles son algunos de los riesgos principales de la situación actual?

Lo que da vida al trabajo en el campo de la AP son las tecnologías blandas, la relación, la palabra, la confianza..., que posibilitan al profesional actuar sobre la realidad individual de cada una de las personas que atiende en cada contexto.

La densidad y uniformización de la atención provocada por los registros da lugar a una práctica clínica burocratizada.

Los registros se han convertido en un objetivo en sí mismo que desplaza el objetivo de la AP y restan calidad y tiempo para el cuidado.

La "registritis" numérica y estandarizada dificulta la escucha de narrativas, nos impide pensar narrativamente, y nos orienta a los códigos y a la enfermedad en vez de a la persona, dificultando el interés por los factores humanos y relacionales.

Si el registro no es útil para la clínica provoca un conflicto de lealtades entre nuestra primera lealtad que es con la persona consultante y otras lealtades (con el CatSalut, la empresa, las mutuas, etc.).

Afecta al trato humano, a la presencia y a la relación de confianza, y a nuestro compromiso ético con la persona que atendemos.

Algunos autores señalan que uno de los problemas más importantes del trabajo actual es la división del trabajo que ha motivado una larga cadena de responsabilidades donde los que deciden no deben enfrentarse con las consecuencias de sus decisiones, ya que están separados de los objetos de estas decisiones. Y los que las ejecutan no tienen la responsabilidad de decidir, sino sólo de cumplir las órdenes.

Es necesario que unos y otros reflexionemos sobre el trabajo globalmente, tomemos medidas y asumamos nuestras responsabilidades.

³ Deborah Swinglehurst, Trisha Greenhalgh, Celia Roberts. Computer templates in chronic disease management: Ethnographic case study in general practice. *BMJ Open* 2012; 2: e001754. doi: 10.1136 / bmjopen-2012-001754. <http://bmjopen.bmj.com/content/2/6/e001754.full>

Recomendaciones y propuestas

Recomendaciones a los profesionales

Recordemos continuamente que la comunicación, la empatía, la compasión y las tecnologías blandas continúan siendo el valor central de la relación clínica humanizada.

Preguntémonos siempre el objetivo de cada registro. ¿Es la salud del paciente?. Si no lo es, ¿cuál es el objetivo?.

Si el objetivo no es la salud y la relación clínica y nos quita tiempo para el cuidado debemos informar a la dirección y al equipo sobre la conveniencia de prescindir del registro. ¿Podemos plantearnos no registrar?.

No hemos de dejarnos deslumbrar por la novedad y la innovación. Tengamos claro y exijamos que todo nuevo programa y registro sea evaluado antes de su implantación.

Ante registros con clara aplicación clínica evaluemos si la carga de "clics" es justificada. ¿Tiene lógica que tengamos que hacer tantos clics para registrar la vacuna de la gripe? ¿Sería posible robotizar este registro? Si no está justificado, cuestionémoslo.

Trabajemos con atención plena, escuchando y sintiendo palabras, gestos y emociones de los dos lados de la mesa. Durante la entrevista centrémonos en mirar y escuchar al paciente y siempre que sea posible registramos después de la consulta.

Si no es posible y tenemos que consultar y/o hacer registros durante la visita podemos compartir lo que estamos haciendo con la persona que estamos atendiendo, trabajando con pantalla abierta.

Peticiones a los gestores y responsables del diseño de las herramientas informáticas

Deben tener claro que todo nuevo programa y registro ha de ser evaluado antes de su implantación.

Deben revisar la carga que significan los registros que piden a cada profesional y si ello compromete el trabajo clínico y resta tiempo de atención al paciente. Deben ser conscientes de que la tecnología básica de la AP es el tiempo y la relación.

Es imprescindible que roboticen la incorporación en la historia clínica de los datos que obtenemos con aparatos y que pueden ser volcadas de forma automática (analíticas, espirometrías, tensiones arteriales ...)

Que revisen la utilidad clínica de los diferentes softwares y registros y tengan claro que la primera lealtad del clínico es con la persona consultante, que, en caso de dilema, pasa delante de las otras lealtades.

Que se planteen sacar de las consultas los registros con fines no clínicos (de gestión o epidemiológicos). Y reflexionen sobre si son imprescindibles, y si lo son que se busquen otras maneras de obtener los datos.

Que se atengan a las evidencias que hablan de la perversidad que puede ser ligar los registros a incentivos económicos, a la docencia y a la carrera profesional, y se cuestionen si estas demandas pueden ser maleficientes para la salud de los pacientes.

En conclusión, los registros electrónicos y el hiperegistro están modificando profundamente la naturaleza del trabajo clínico y contribuyendo a la burocratización de la atención. Poner la tecnología al servicio de las personas, del cuidado y de la relación clínica es necesario para evitar priorizar una atención "centrada en la institución" sobre la atención "centrada en el paciente", como muy acertadamente nos señala Trisha Greenhalgh.

Para cambiar la situación actual de "registritis" y la burocratización de las consultas se precisa de acciones decididas, no sólo individuales, sino principalmente de los profesionales como colectivo implicado, sobre todo en tanto en cuanto muchos registros están ligados a ganancias económicas, carrera profesional o estabilidad en el trabajo.

[Se puede descargar el documento, si desea](#)