



El reporte matutino. Una actividad educativa única

Morning report. A unique learning experience.

Carlos A Andrade-Castellanos

Resumen

El término reporte matutino se utiliza para describir un foro de discusión en donde los médicos presentan y discuten uno o más casos clínicos. Las metas educativas del reporte matutino son, entre otras, la enseñanza basada en casos, facilitar las habilidades de presentación de los becarios y promover la capacidad de toma de decisiones. Además, esta actividad permite evaluar la calidad del cuidado otorgado facilitando acciones que podrían reducir la morbilidad y mortalidad hospitalaria. La discusión de los casos clínicos debe ser en un ambiente propicio; será preciso, por tanto, conocer los elementos del proceso de enseñanza para así cumplir los objetivos de programa académico. Se realiza una revisión bibliográfica de los beneficios teóricos del foro denominado reporte matutino.

PALABRAS CLAVE: Reporte matutino; enseñanza; medicina interna.

Abstract

Morning report is a case based conference where physicians present and discuss clinical cases. While its primary goal is medical education (it was design to improve residents knowledge, leadership, presentation and problem-solving skills), the advantages for actual patients are many and include monitoring care and reviewing management decisions in a supportive, intellectually stimulating and controlled environment. Didactic style education, proper case selection and organizational characteristics are of utmost importance in designing a proper morning report. In this paper it is reviewed the theoretical benefits of implementing a morning report conference in an academic or university hospital.

KEYWORDS: Morning report; Teaching; Internal medicine.

Profesor de tiempo parcial de la especialidad de Medicina Interna, Universidad de Guadalajara. Internista adscrito al Servicio de Urgencias Adultos, Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I Menchaca, Guadalajara, Jalisco, México.

Recibido: 17 de diciembre 2018

Aceptado: 10 de enero 2019

Correspondencia

Carlos A Andrade Castellanos
caandrade@hcg.gob.mx

Este artículo debe citarse como

Andrade-Castellanos CA. El reporte matutino. Una actividad educativa única. Med Int Méx. 2019 septiembre-octubre;35(5):783-788.
<https://doi.org/10.24245/mim.v35i5.2809>

“El profesor mediocre dice. El buen profesor explica. El profesor superior demuestra. El gran profesor inspira”

WILLIAM ARTHUR WARD

El término reporte matutino se utiliza para describir un foro de discusión en donde los médicos presentan y discuten uno o más casos clínicos. Este foro basado en casos favorece la abstracción y conceptualización de aspectos fundamentales del aprendizaje del médico en formación.

El reporte matutino es un componente importante en los programas de educación médica en nuestro país (aunque no todos los hospitales escuela lo han implementado). A través de la discusión académica, propiciada por la presentación de casos clínicos, se puede evaluar a los becarios y la calidad del cuidado médico otorgado por ellos y del sistema de salud en el que se desenvuelven.¹ La enseñanza basada en casos es, sin lugar a dudas, mejor que la ofrecida a través de conferencias y sesiones,² además de ser una oportunidad para discutir diagnósticos diferenciales y planes de manejo con médicos de mayor experiencia que verbalizan sus ideas aterrizando el cuidado diario de los pacientes. Lo anterior hace honor al viejo proverbio chino de *“Dime y lo olvido. Muéstrame y recuerdo. Involúcrame y entiendo”*. El reporte matutino tiene, además, la ventaja sobre las conferencias anatomopatológicas de poder detectar a tiempo las complicaciones potenciales de algunos pacientes en riesgo, facilitando acciones inmediatas que podrían reducir la morbilidad y mortalidad intrahospitalaria.

Un reporte matutino típico se compone de internos de pregrado, residentes y uno o varios médicos adscritos al departamento o servicio médico en cuestión. El facilitador de las discusiones es, por lo general, el jefe de residentes o

el coordinador de enseñanza de la especialidad, cuya función es moderar la presentación de uno o más de los nuevos ingresos que se dieron en la guardia e interrogar o hacer participar al resto de los becarios con base en las jerarquías típicas de un hospital escuela. Lo anterior para ver, entre otras cosas, si lo hecho hasta ahora con el paciente fue acertado. Algunas de las preguntas a responder a este respecto son, por tanto: a) ¿el abordaje del paciente, con base en sus síntomas, fue el adecuado?; b) ¿el manejo y demás intervenciones establecidas fueron correctos?; c) ¿qué se requiere a continuación para confirmar la sospecha diagnóstica si es que ésta aún no se ha aclarado totalmente? En pocas palabras, la meta del reporte matutino es asegurar el bienestar y la seguridad del paciente, a la vez que se utiliza como método de enseñanza de la práctica médica hospitalaria. El reporte matutino también puede extenderse más allá de los casos que ingresaron a sala general durante la guardia; puede abarcar, también, pacientes de consulta externa,^{3,4} pacientes ingresados a sala de urgencias⁵ y pacientes admitidos en la unidad de terapia intensiva.

El modelo utilizado en el reporte matutino insiste en el pensamiento crítico a través de la discusión en tiempo real del conocimiento médico en general, dejando a un lado el conocimiento de las ciencias básicas, las anécdotas médicas y el conocimiento subespecializante (aunque siempre es deseable una breve explicación fisiopatológica de lo que está ocurriendo con el enfermo).

La mayoría de los residentes consideran al reporte matutino la actividad educativa más importante de su adiestramiento médico.⁶ Esto no es de extrañar, pues el análisis grupal de los síntomas, la síntesis de los hallazgos a la exploración física y de los apoyos paraclínicos son la experiencia más valiosa adquirida por un médico durante la etapa de su formación.



El desarrollo de la curiosidad intelectual y del autoaprendizaje son algunos de los resultados que se obtienen al llevar adecuadamente el reporte matutino. Utilizar casos clínicos de la vida real ofrece la oportunidad de perfeccionar el razonamiento clínico. El razonamiento analítico de los casos es el ideal a seguir, en lugar de la vía no analítica (intuitiva) o basada en patrones o guiones de enfermedades en donde puede existir un cierre prematuro del diagnóstico (**Figura 1**).

El análisis inicia con la generación de una hipótesis. Una hipótesis inicial puede ser general (por ejemplo, síndrome febril) o específica (por ejemplo, endocarditis). Una vez realizada la hipótesis, debe acumularse información que la apoye (asociaciones, debilidades y fortalezas que sugieran el diagnóstico presuntivo). La relevancia y la coherencia se refieren a que los hallazgos presuntivos sean compatibles con la fisiopatología alterada del hipotético estado patológico. La suficiencia se refiere a que la hipótesis en cuestión explique todos los hallazgos encontrados; esto es, que no haya cabos sueltos.

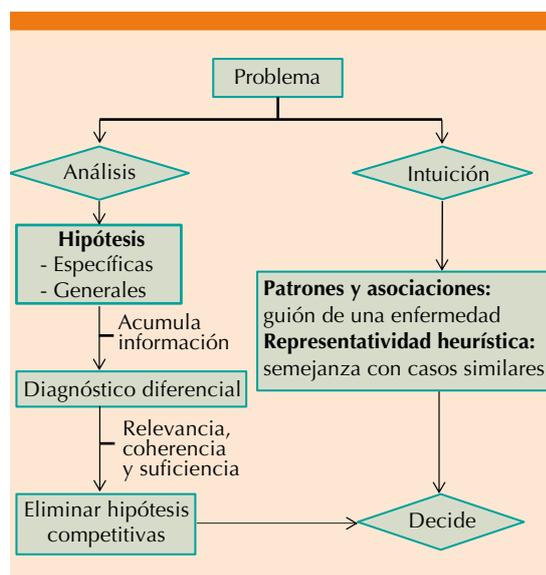


Figura 1. Razonamiento clínico por la vía analítica y la vía intuitiva.

La intuición utiliza la experiencia y el juicio para reconocer patrones y asociaciones de las enfermedades (algo así como el guión de una enfermedad; aquel que leemos en los libros de texto y que vemos personificado o puesto en escena por nuestros pacientes) y la semejanza de casos similares (representatividad heurística). Este método es el más adecuado cuando el clínico tiene buena cantidad de experiencia y poco tiempo para tomar una decisión. El método analítico, por otro lado, es una reflexión sistematizada orientada en procesos (prueba de hipótesis); tiene la desventaja de ser un proceso lento que requiere una carga cognitiva considerable. Este método es el más adecuado para el clínico con poca experiencia o con suficiente tiempo para realizar el análisis.⁷

La intuición del médico, sin duda, es importante: esto es parte del arte del diagnóstico –algo así como un sexto sentido del clínico–, fundamentado, claro está, en ver muchos pacientes y casos similares (algo preconcebido). Por otro lado, el análisis metódico tiene el potencial de evitar el error médico, especialmente si la información de la recogida de datos de la historia clínica y la exploración física se combina para dar una probabilidad numérica o matemática al diagnóstico: esto es la ciencia del diagnóstico. El equilibrio entre la intuición y el análisis distingue al médico internista. Después de todo, la principal técnica, el principal “procedimiento” del internista es el raciocinio.

Las metas educativas del reporte matutino son, entre otras, la enseñanza basada en casos (resolución de problemas), revisar y planear el manejo del paciente, promover y facilitar las habilidades de presentación de los becarios y promover la habilidad de toma de decisiones.⁸ Por lo general, el reporte matutino inicia con la presentación detallada del caso clínico en cuestión, seguida de la discusión y la formulación de preguntas con respecto al caso. Los residentes conside-

ran el mejor formato el que es interactivo, con preguntas y respuestas seguidas de la discusión por el médico adscrito. El equilibrio interactivo óptimo es a través del método socrático de preguntas, en el que el facilitador o moderador pregunta y el becario responde, seguido de la discusión didáctica por parte del moderador (el moderador habla y el becario escucha). El método socrático de preguntas es ideal para facilitar y retroalimentar el conocimiento. Este método se basa en realizar preguntas en relación con el caso clínico para determinar el grado de conocimiento previo del médico en formación, aumentando el grado de dificultad de las preguntas con base en las respuestas, llevando al médico en formación a un nivel superior de conocimiento. Cuando el médico formador ignora el conocimiento previo y pregunta cosas muy por encima de las habilidades del médico en formación se le denomina *pimping*, que se traduce al español como padrotear; es decir, que el médico formador se hace lucir y presume su conocimiento. Este último método genera ansiedad, aleja las funciones mentales de los lóbulos cerebrales y el hipocampo (comprensión y memoria) hacia la amígdala (reacción de lucha o huida), lo que dificulta el aprendizaje.⁹ Las ventajas del método socrático es que sigue la línea fisiopatología de la enfermedad, pues induce al médico en formación a retomar su conocimiento adquirido en la facultad de medicina, uniendo el entendimiento científico a la medicina clínica (**Cuadro 1**).

Muchos médicos que forman recursos humanos creen que la enseñanza de la medicina se basa en la diseminación del conocimiento. Es inconsecuente que el estudiante tenga un conocimiento vasto si no lo sabe aplicar en beneficio de un paciente. La traducción del conocimiento a la práctica y su aplicación (desempeño o *performance*) es realmente lo que importa.

La interacción del médico formador y el médico en formación en un ambiente hospitalario pue-

Cuadro 1. Ejemplo del método socrático

Médico adscrito: Este paciente tiene insuficiencia hepática, ¿cómo podrías evaluar su severidad?

Médico interno: No lo sé, doctor.

Médico adscrito: Recuerda las principales funciones del hígado, ¿qué hace este órgano?

Médico interno: Pues sintetiza factores de coagulación, albúmina, secreta bilirrubina hacia la vesícula...

Médico adscrito: ¡Exacto! Entonces, las concentraciones de bilirrubina y albúmina podrían darnos un pauta del funcionamiento, ¿cómo podríamos saber qué tan bien o mal se sintetizan los factores de coagulación?

Médico interno: Bueno, si mal no recuerdo, a través de la medición de los tiempos de coagulación.

Médico adscrito: ¡Así es! Existen varios modelos para estadificar la severidad de la insuficiencia hepática, como el puntaje de Child-Turcotte-Pugh que toma en cuenta las concentraciones de bilirrubina, de albúmina y los tiempos de coagulación...

de ser en ocasiones hostil, debido, en parte, a que la gran mayoría de los profesores no están capacitados para la formación de recursos humanos. Una circunstancia desfavorable de esa interacción es la rivalidad que puede suscitarse si el becario está más actualizado en alguna cuestión por interés propio en algún tema. No es infrecuente que el médico formador interprete esto erróneamente como un reto o prueba de su conocimiento por parte del becario. Definitivamente el médico formador debe ser paciente, comprensivo y dejar a un lado su ego con el fin de orientar al médico en formación. Por su parte, el médico en formación debe ser respetuoso de la autoridad y de la experiencia del médico formador para evitar roces innecesarios y permitir que la experiencia del aprendizaje sea de lo más comfortable para ambas partes. A fin de cuentas se busca un bien común: la salud y seguridad del paciente.

Los casos clínicos a presentar en el reporte matutino se seleccionan como casos sencillos al inicio del año académico y casos más complejos al final del mismo. Otra opción es dividir



a los becarios en foros para afinar las habilidades diagnósticas (para internos y residentes de primer año), foros para afinar las habilidades terapéuticas (para residentes de segundo año), o foros de casos complejos o fuera de lo común para residentes de tercer y cuarto años.¹⁰ Los casos a analizar deben presentarse sin adornos o excesos. Debe presentarse solo lo que es preciso y suficiente (pertinentes positivos y pertinentes negativos), sin omitir datos importantes con el pretexto de hacer la discusión más interesante. El moderador debe determinar los objetivos de la sesión una vez que el caso es presentado y luego formular preguntas basadas en tales objetivos. Lo anterior con la finalidad de formular preguntas clínicas precisas y relevantes, como paso previo al aprendizaje basado en problemas.

Una vez planteadas adecuadamente las preguntas, y si éstas no son fáciles de responder en el momento, se debe promover la habilidad de obtener la información médica que dé respuesta a tal interrogante (aspecto fundamental de la práctica médica basada en evidencias).¹¹ Los objetivos no deben ser más de cinco por sesión y deben ser claros y de interés para el becario y el currículo establecido en el programa académico. En sí, los objetivos pueden estructurarse para enunciar un verbo activo al final de una frase, como: “al final del reporte matutino, el residente será capaz de *enlistar* las principales causas de fiebre de origen oscuro”. Según lo que se espera del becario, estos verbos activos pueden dividirse con base en lo que se busca: la comprensión, el análisis, la aplicación, la síntesis, el conocimiento o la evaluación,⁹ como se enlista a continuación:

- **Enlista** el diagnóstico diferencial.
- **Diferencia, compara y contrasta** las posibilidades diagnósticas.
- **Organiza** un diagnóstico de trabajo con los signos y síntomas.

- **Define** una enfermedad.
- **Describe** y **explica** la fisiopatología de la enfermedad.
- **Identifica** las causas del estado mórbido.
- **Construye, demuestra e ilustra** su abordaje diagnóstico razonado.
- **Analiza** y **compara** las opciones disponibles de diagnóstico y tratamiento.
- **Escoge** la prueba diagnóstica ideal y el tratamiento óptimo.
- **Clasifica, evalúa y critica** la evidencia actual en relación con el mejor tratamiento.
- **Resuelve** sus dudas en relación con el último punto.
- **Predice** el pronóstico del paciente.

Los objetivos pretenden que los becarios vinculen la teoría con la práctica, con la finalidad de que sean protagonistas activos de la construcción de sus propios conocimientos (la esencia del aprendizaje basado en problemas).

CONCLUSIONES

Existe evidencia de que el reporte matutino acorta la estancia hospitalaria.¹²⁻¹⁴ Sin embargo, no hay evidencia que documente la efectividad del reporte matutino en relación con desenlaces clínicos importantes, como la mortalidad. Esto podría explicarse por las dificultades de llevar a cabo investigación científica en un contexto situacional multifacético y multifactorial, en diferentes organizaciones y audiencias. No obstante, estamos convencidos de que es el método docente ideal de aprendizaje de la medicina clínica en los hospitales escuela de nuestro país.

REFERENCIAS

1. Parrino TA, Villanueva AG. The principles and practice of morning report. JAMA 1986;256:730-733.

2. Freeman S, Eddy SL, McDonough M, Smith MK, et al. Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proc Natl Acad Sci USA* 2014;111:8410-8415. <https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111>.
3. Malone ML, Jackson TC. Educational characteristics of ambulatory morning report. *J Gen Intern Med* 1993;8:512-514. DOI: 10.1007/bf02600116.
4. Spickard A 3rd, Ryan SP, Muldowney JA 3rd, Farnham L, et al. Outpatient morning report: a new conference for internal medicine residency programs. *J Gen Intern Med* 2000;15:822-824. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2000.91109.x.
5. Sabbagh C, Chaddad M, El Rassy E. Experience of morning reports in the emergency department. *Intern Med J* 2015;45:780-783. doi: 10.1111/imj.12809.
6. Ways M, Kroenke K, Umali J, Buchwald D. Morning report. A survey of resident attitudes. *Arch Intern Med* 1995;155:1433-1437. DOI: 10.1001/archinte.155.13.1433.
7. Andrade CA. Manual de medicina interna hospitalaria. 1ª ed. México: Ed. Alfil, 2015;7-11.
8. Amin Z, Guajardo J, Wisniewski W, Bordage G, et al. Morning report: focus and methods over the past three decades. *Acad Med* 2000;75(10 Suppl):S1-S5. DOI: 10.1097/00001888-200010001-00002
9. Wiese J. Teaching in the hospital. 1ª ed. Filadelfia: American College of Physicians, 2010.
10. Ramratnam B, Kelly G, Mega A, Tilkemeier P, et al. Determinants of case selection at morning report. *J Gen Intern Med* 1997;12:263-266. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.012005263.x.
11. Reilly B, Lemon M. Evidence-based morning report: a popular new format in a large teaching hospital. *Am J Med* 1997;103:419-426. DOI: 10.1016/s0002-9343(97)00173-3.
12. Banks DE, Shi R, Timm DF, Christopher KA, et al. Decreased hospital length of stay associated with presentation of cases at morning report with librarian support. *J Med Libr Assoc* 2007;95:381-387. doi: 10.3163/1536-5050.95.4.381.
13. Boushehri E, Khamseh ME, Farshchi A, Aghili R, et al. Effects of morning report case presentation on length of stay and hospitalisation costs. *Med Educ* 2013;47:711-716. doi: 10.1111/medu.12152.
14. Wolfe JD, Gardner JR, Beck WC, Taylor JR, et al. Morning report decreases length of stay in trauma patients. *Trauma Surg Acute Care Open* 2018;3:e000185. doi: 10.1136/tsaco-2018-000185.

AVISO PARA LOS AUTORES

Medicina Interna de México tiene una nueva plataforma de gestión para envío de artículos. En: www.revisionporpares.com/index.php/MIM/login podrá inscribirse en nuestra base de datos administrada por el sistema *Open Journal Systems* (OJS) que ofrece las siguientes ventajas para los autores:

- Subir sus artículos directamente al sistema.
- Conocer, en cualquier momento, el estado de los artículos enviados, es decir, si ya fueron asignados a un revisor, aceptados con o sin cambios, o rechazados.
- Participar en el proceso editorial corrigiendo y modificando sus artículos hasta su aceptación final.