

Medicentro 2001;5(1)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO
“ARNALDO MILIÁN CASTRO”
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR

Consideraciones sobre la historia clínica: vigencia y deficiencias

Por:

Dr. Pedro Luis Rodríguez García¹, Dr. Luis Rodríguez Pupo² y Dra. Minervina Sánchez Freeman³

1. Residente de 2do. Año de Neurología. Hospital Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Villa Clara.
2. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Auxiliar de Propedéutica Clínica y Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas. “Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta” de Las Tunas. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”, Las Tunas.
3. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Instructora de Propedéutica Clínica y Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas “Dr. Zoilo Marinello Vidaurreta” de Las Tunas. Hospital General Docente “Dr. Ernesto Guevara de la Serna”. Las Tunas.

Descriptores DeCS: registros médicos/métodos**Subject headings:** medical records/methods

Señor Editor:

Hemos leído con sumo interés la comunicación de Aparicio y colaboradores sobre la vigencia y deficiencias de las historias clínicas, publicada en la Revista Medicentro en 1998¹. Dado que esta área es de gran interés y controversia en la práctica médica, consideramos necesario realizar algunas observaciones adicionales al respecto.

En primer lugar, a pesar del incuestionable esfuerzo que realizan los estudiantes y profesionales en la confección de los registros médicos, hemos notado que frecuentemente, al ser revisados, se les señalan varias deficiencias. La más habitual es que a los expedientes clínicos les faltan algunos de los apartados normados o que el texto no tiene la extensión prefijada. Impresiona que a todo el contenido raramente se le presta atención. Además, hemos observado que lo que para unos médicos es una norma correcta, para otros resulta una deficiencia intolerable.

En estas situaciones influye la ausencia de un instructivo que señale cómo confeccionar todos los puntos que conforman el expediente clínico (hoja de ingreso, anamnesis, examen físico, discusión diagnóstica, evoluciones, indicaciones, etc.). Llanio y colaboradores en 1988 abordaron el tema², pero sus consideraciones se limitan a cómo confeccionar detalladamente la anamnesis y el examen físico.

Además, en Cuba, a pesar del desarrollo que posee la asistencia médica, todavía los expedientes clínicos hospitalarios se confeccionan siguiendo el método de registro según el origen de los datos, que se ha utilizado desde los tiempos de Hipócrates³. Debido a las serias desventajas de este método, se propugna actualmente, en centros de elevado desarrollo científico y en la literatura médica internacional, el uso del método de registro orientado a los problemas o el método combinado orientado a los problemas/origen de los datos³⁻⁵.

La medicina es una ciencia en constante cambio. Parece que se desconoce que en los últimos años se han revolucionado no sólo las pruebas instrumentales y de laboratorio, sino también los métodos para confeccionar los expedientes clínicos, la anamnesis, la exploración física y el diagnóstico de los síndromes. En caso de existir dudas al respecto, sugerimos revisar los excelentes materiales escritos por Bates et al⁶ y Sackett et al⁷. No se debe olvidar a la semiología clásica, pero tampoco se debe creer que los métodos y conocimientos incongruentes que son expuestos bajo el rótulo de clásicos, se deben a "tendencias de diferentes escuelas médicas" o que no pueden ser rebatidos por tratarse de "verdades eternas dadas por expertos".

Para el desempeño del comité hospitalario dedicado a la evaluación de la calidad de la asistencia médica, la historia clínica desempeña una función fundamental. Con respecto a la actividad que debería cumplir dicho comité, Henderson et al, en 1987, señalan que además de encontrar deficiencias, es una responsabilidad de sus integrantes lograr que se adopten medidas para perfeccionar y actualizar los métodos utilizados en su elaboración⁸. La discusión de este último punto en el nivel hospitalario encuentra la oposición e intolerancia de los profesionales con mentalidad conservadora y de los que no se relacionan directamente con la confección de los registros.

Una situación muy diferente se presenta en la atención primaria de salud. En cumplimiento de las estrategias del Ministerio de Salud Pública referidas a la disminución de la carga burocrática del médico de la familia, del subsistema de urgencia en la atención primaria de salud y del ingreso en el hogar, se ha hecho una revisión completa de los registros y documentos primarios que este personal utiliza. También se han diseñado nuevos registros y modelos con un instructivo para llenarlos correctamente⁹.

En un trabajo previo hemos señalado las múltiples deficiencias encontradas en la realización de los registros clínicos de la atención hospitalaria^{5,10}. Una deficiencia llamativa es el hecho de que los datos de la anamnesis y el examen físico, efectuados al ingresar el paciente en la sala, sean registrados tres veces en apartados diferentes: 1. La recepción o primera evolución, 2. La historia clínica, y 3. La discusión diagnóstica. Aunque en cada apartado se hacen algunas variaciones, se repite, en esencia, la misma información, y se consume tiempo y esfuerzo innecesariamente. Tal labor recuerda a una impresora, cuyo fin sea el de obtener una original y dos copias.

Por ser una norma engorrosa, irritante y formal en algunos servicios hospitalarios, se han adoptado formas más dinámicas y racionales, como la inclusión de la discusión diagnóstica dentro de la primera evolución en sala. En principio, se subraya, que una primera evolución en sala, con una anamnesis, un examen físico y una discusión completos y con calidad, deja sin sentido la norma que criticamos.

En conclusión, consideramos que en los momentos actuales existen dos opciones: 1. Mantener la inercia, indiferencia y formalismo con respecto a las deficiencias existentes en el método para confeccionar la historia clínica hospitalaria, ó 2. Asumir una actitud progresista y racional en dicho tema, para llegar a un consenso que adopte definiciones y métodos más actuales, precisos, ordenados y eficientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aparicio MF, Castillo GI, Cairo SG, Aparicio SJL. La Historia Clínica: vigencia y deficiencias. *Medicentro* 1998;(n.esp) URL disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/especial/historiaclinica.html>
2. Llanio R, Fernández JE, Fernández JA, Pena A, Rodríguez L, Ortega JB. Historia Clínica. La mejor arma del médico en el diagnóstico de las enfermedades. Vol.1. La Habana: Pueblo y Educación; 1988.

3. Gené BJ, Jiménez VJ, Martín SA. Historia Clínica, sistemas de registro e información. En: Martín ZA, Cano JF. Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica. 3ª. ed. Barcelona: Ediciones Doyma; 1994. p.141-157.
4. Miller LA. Registro de Historias Clínicas en el consultorio. En: Berkow R. El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica. La Habana: Científico Técnica; 1986. p. 2039-2043.
5. Rodríguez GPL, Rodríguez PL, Puente MJA. Método práctico para confeccionar la Historia Clínica. Rev Electrónica Innov Tecnol. Las Tunas 1988;4(2) URL disponible en: <http://www.cuba.cu/publicaciones/documentos/innovac/innov-disponible.html> y www.ltunas.inf.cu.
6. Bates BA. Guide to Physical Examination and History Taking. 5ª ed. Philadelphia: JB Lippincott; 1991.
7. Sackett LD, Haynes RB, Tugwell P. Epidemiología Clínica: una ciencia básica para la Medicina Clínica. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1998.
8. Henderson V, Nite G. Enfermería teórica y práctica. Vol 1. 3ed. México: La Prensa Médica Mexicana; 1997.
9. Dirección de servicios ambulatorios/ Dirección nacional de estadísticas. Modelos e instructivos de Medicina Familiar. Rev Cubana Med Gen Integr 1999;15(6):645-696.
10. Rodríguez PL, Rodríguez PL, Rodríguez GD, Sánchez FM. La discusión diagnóstica en Medicina Interna. Rev Electrónica Innov Tecnol, Las Tunas 2000;6(3) URL disponible en: <http://www.cuba.cu/publicaciones/documentos/innovac/innov-disponible.html> y www.ltunas.inf.cu