

COMENTARIOS

La historia clínica: un documento básico para el personal médico

The medical record: a basic document for the medical staff

MsC. Maritza Alcaraz Agüero,¹ Al. Yaimí Nápoles Román,² Al. Isbel Chaveco Guerra,² Al. Máximo Martínez Rondón² y Al. Juan Mario Coello Agüero³

- ¹ Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesora Auxiliar. Policlínico Docente "Armando García Aspuru", Santiago de Cuba, Cuba.
- ² Alumnos de tercer año de Medicina. Proyecto Policlínico "Armando García Aspuru", Santiago de Cuba, Cuba.
- ³ Alumno de quinto año de Medicina. Facultad de Ciencias Médicas No.1, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la historia clínica, justificada por el deterioro observado en la confección de muchos de estos expedientes, presumiblemente atribuible al desconocimiento de sus funciones, tipos, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto del documento, teniendo en cuenta que su adecuada elaboración permite al personal médico obtener los datos pertinentes sobre signos vitales, pruebas indicadas, esquemas terapéuticos, evolución u otras importantes informaciones sobre el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: historia clínica, anamnesis, relación médico/paciente

ABSTRACT

A literature search on the medical record was carried out , justified by the impairment observed in making many of these files, presumably attributable to the ignorance of their functions, types, benefits or damages derivative of an incomplete content of the document, keeping in mind that their appropriate elaboration allows the medical staff to obtain the pertinent data on vital signs, prescribed tests, therapeutic schemes, clinical course or other important informations on the health state and the life quality of the patients.

Key words: medical record, anamnesis, doctor/patient relationship

INTRODUCCIÓN

La historia clínica, definida como el conjunto de documentos derivados de la relación médico/ paciente, que a partir de la segunda mitad del siglo XX se convirtió en el vínculo directo entre los usuarios y el hospital, en la atención primaria se le denomina historia de salud.¹ Además de los datos clínicos relacionados con la situación del paciente, su proceso evolutivo, tratamiento y recuperación, ese expediente no se limita a contener una simple narración o exposición de hechos, sino que incluye juicios, documentaciones, procedimientos, informaciones y consentimiento de la persona enferma, basados en el principio de autonomía, en su reconocimiento y aceptación del estado de salud o enfermedad que presenta y en su participación en las tomas de decisiones.^{1, 2}

Para que dicha relación médico/paciente sea plenamente exitosa, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, entre otros aspectos caracterizado por: profesionalidad, ayuda a pacientes y licitud, puesto que en la norma jurídica se establece que la historia clínica deviene un documento indispensable.¹ En algunos espacios se soporta en páginas escritas, vídeos, fotografías, exámenes radiográficos u otras modalidades; en las nuevas instituciones hospitalarias y centros de salud, en bases de datos informatizadas, que permiten acceder a su contenido con rapidez y certeza.¹

Entre las funciones de la historia clínica figuran: docencia e investigación, epidemiología, mejora continua de la calidad de vida, gestión y administración, así como elementos medicolegales,² de donde se infiere que existen diferentes modelos para ser llenados.

Precisamente el deterioro observado en la confección de muchos de estos expedientes, presumiblemente atribuible al desconocimiento de sus funciones, tipos, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto del documento, motivó la preparación del presente artículo para socializarlo con la comunidad científica de este y otros territorios, tanto cubanos como extranjeros.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la historia clínica, con vista a determinar las causas del deterioro observado en su confección, quizás por desconocimiento de sus funciones, tipos, beneficios o perjuicios derivados de un contenido incompleto del expediente, teniendo en cuenta que su adecuada elaboración permite al personal médico obtener los datos pertinentes sobre signos vitales, pruebas indicadas, esquemas terapéuticos, evolución u otras importantes informaciones sobre el estado de salud y la calidad de vida de los pacientes

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA HISTORIA CLÍNICA ^{1, 3}

En la historia clínica es donde la destreza, los conocimientos y la experiencia del personal médico suelen ser puestas a prueba y con más rigor. La información contenida puede obtenerse por diferentes vías a través del método clínico y trabajo semiológico, a saber:

- **Anamnesis:** Información surgida de la entrevista clínica, proporcionada por el propio paciente. Es fundamental, puesto que permite indagar acerca de todos los antecedentes del paciente y familiares, factores de riesgo, inicio de los síntomas, circunstancias en las cuales aparecieron y automedicación para aliviar las manifestaciones clínicas; sin embargo, el interrogatorio no concluye cuando se comienza a examinar al paciente, sino cuando se logra diagnosticar qué padece. ⁴
- Exploración física o clínica.
- Pruebas o exámenes complementarios realizados o indicados por el personal médico.
- Juicios de valor: Formulados por el personal médico o extraídos de documentos elaborados por este para fundamentar su diagnóstico y tratamiento, así como también para dejar constancia de la evolución de la enfermedad.
- Tratamiento prescrito.

La historia psicosocial es parte de los antecedentes que se revelan a través de una entrevista abierta, no estructurada, con la mayor privacidad y relación afectiva posibles, cuyas adecuadas condiciones posibilitan precisar, de la persona enferma: datos sobre su infancia, aspectos socioeconómicos; interrelaciones con amigos, familiares o sexuales, punto de vista acerca de cómo enfrentar su padecimiento, apoyo familiar u otros elementos de interés para los facultativos. ^{5, 6}

A. Peculiaridades ineludibles ^{3, 7}

1. **Obligatoria:** Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), puesto que su ausencia es inexcusable.
2. **Irreemplazable:** La escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico, por cuanto es lógico que no pueda recordar o conocer todos los detalles de cada paciente.
3. **Privada:** Debe caracterizarse por la confidencialidad de su contenido. Sobre la base de los consejos que dicta la prudencia, la revelación del secreto profesional podrá hacerse:
 - Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga.
 - A los familiares del enfermo, si la revelación ayuda al tratamiento.
 - A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o personas mentalmente incapaces.
 - A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley.

- A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, peligre la vida del cónyuge o de su descendencia.
4. **Objetiva y veraz:** Se basa en hechos reales y describe las situaciones de salud como son y no como el médico quisiera que fueran, libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las juntas médicas.³

B. Requisitos

- Basamento científico y humano.
- Concordancia con la 'ley del arte' o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trate.
- Claridad: Coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas del expediente clínico y lo que está ocurriendo con el enfermo.
- Legibilidad: Uno de los defectos tradicionales de los galenos es la falta de claridad en su manuscrito. Esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsultas, sino para quien evalúa la actividad médica (auditores, superiores jerárquicos, jueces u otros). Se evitarán las abreviaciones o siglas y las firmas irán acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello o cuño.
- Integridad y escritura: Debe existir orden y congruencia entre las diferentes partes de la historia clínica, que no solo deberán estar completas, sino estructuradas entre cada una de ellas.^{1, 2}

C. Debilidades y amenazas

- Obviar en muchos casos especificar las razones por las cuales los pacientes solicitaron orientaciones médicas, por considerarlas comunes.
- Escribir tan enrevesadamente, que no solo se dificulta leer su contenido, sino poder utilizarlo como fuente de datos para investigaciones futuras.
- No reflejar con nitidez el pensamiento o juicio clínico sobre la evolución y pronóstico de la persona atendida o examinada.
- Omitir resultados de exámenes complementarios u otras pruebas, realizados en la atención secundaria de salud, que dificultarían en el nivel primario continuar el seguimiento clínico, si así fuera preciso, o emitir determinada dieta, entre otros inadmisibles inconvenientes.
- Prescindir de los aspectos relacionados con el medio laboral o familiar del paciente, que pudieran influir positiva o negativamente sobre su recuperación. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al enfermo en su entorno, a fin de diagnosticar el proceso morboso y sus características individuales y ambientales, así como de adoptar las medidas curativas y de rehabilitación correspondientes.

D. Importancia atribuida ¹

- Es el registro de los hechos de la vida del ser humano. Recoge datos vitales y en ocasiones referentes a sus familiares.
- Intenta resolver los problemas de salud del paciente. La queja de la persona afectada se ubica dentro de un marco teórico capaz de contemplar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con vista a identificar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en su génesis.
- Orienta hacia una terapéutica adecuada, tanto dirigida al individuo, como a la familia y comunidad. Puede ser educativa, dietética o farmacológica, pero en cualquier caso debe dejarse constancia de los pasos seguidos para justificar esa opinión científica como válida.
- Posee un contenido científico-investigativo. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, la cual comienza con el diagnóstico de su enfermedad. En el campo terapéutico, el médico debe atenerse a lo dispuesto en las leyes y códigos de ética, de modo que ha de encauzar el tratamiento, la prescripción de fármacos y la planeación de procedimientos no invasivos de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y las ciencias médicas.
- Adquiere carácter docente. Se impone al profesorado la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes), así como de asumir sus errores culposos, aquellos que " pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitarlos".

La estructura de un hospital o policlínico universitario se basa en los mismos principios: jerarquía académica de sus docentes y especialistas, así como posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas según los tipos de lesiones que allí se observan, entre otros aspectos.

- Constituye un elemento administrativo. Por razones económicas y gerenciales, la historia clínica es el documento más importante para respaldar, por escrito, procedimientos practicados, complicaciones aparecidas y costos monetarios de quienes responden por cada paciente. Según la Ley General de Sanidad, esos expedientes son propiedad de las instituciones asistenciales, las cuales tienen el derecho y la obligación de custodiarlos.
- Tiene implicaciones medicolegales. ⁸ Según el Real Decreto 63 del 20 de enero de 1995, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, el paciente puede solicitar la comunicación escrita o entrega de un ejemplar de su historia clínica o de determinados datos especificados en sus páginas, sin perjuicio de la obligación de conservarla en el centro sanitario. El acceso al expediente clínico sin autorización, en detrimento de un tercero, está catalogado como delito grave y es castigado con pena de prisión, como igualmente ocurrirá a todo aquel profesional que revele o divulgue información plasmada en sus cuartillas.

De hecho, la historia clínica debe ser un reflejo fidedigno de la evolución de la enfermedad; por ende, los datos incluidos no pueden ser alterados, falseados o simulados, toda vez que ese acto devendría una violación de la veracidad documental, penada por la legislación vigente.

UNA MIRADA RETROSPECTIVA

El expediente clínico, denominado también hipocrático, aunque mostraba originalmente un orden, no proporcionaba una metodología de trabajo práctica para la asistencia, puesto que había sido diseñado esencialmente para que la información se obtuviera y orientara hacia el diagnóstico, sin considerar promoción de salud, prevención de enfermedades y modificación de conductas o factores de riesgo; por tanto, no estaba concebido para ser informatizado y fundamentalmente se utilizaba para recoger los datos sobre afecciones y tratamientos de muy diversa índole.^{2, 9}

Desde 1969, cuando el Dr. Lawrence Weed introdujo la historia clínica orientada hacia problemas de salud (HCOP), motivado por encontrar una forma más eficiente de evaluarlos, se produjo un cambio sustancial en el modo de recolectar y valorar la información consignada, pues a partir de ahí se admitieron la visión holística (integral) y el concepto de "paciente contextuado"; enfoque que ha permitido abordar de manera más completa los padecimientos y situaciones que afectan a las personas. El mencionado autor consideró que un problema de salud es todo aquello que demanda una respuesta asistencial, o sea, lo que estimula la intervención del médico. Aunque este criterio innovador fue preliminarmente empleado en las historias clínicas hospitalarias, sus principios han servido como punto de partida para cambios mayores en las de los pacientes ambulatorios.⁹

Por último, aunque existen otras modalidades, puede confeccionarse una historia clínica por episodios (según el *tiempo*), adecuada para determinados servicios como el de urgencias, donde se confiere mayor importancia al último acontecimiento sanitario destacable.^{9, 10}

CONSIDERACIONES FINALES

La historia clínica "ideal" es aquella que abarca toda la vida del paciente a través de sus sucesivos encuentros con el sistema de salud y se origina en su primer contacto con el mecanismo sanitario, por lo que debería seguirle con carácter vitalicio.

Partiendo de lo anterior, se impone entonces no olvidar que para conseguir la información indispensable sobre los pacientes, es preciso conocer: estilos de comunicación personal, creencias y fortalezas; modelo familiar, relaciones conflictivas o de alianzas; triunfos, fracasos y prioridades; sensaciones de equilibrio y toma de decisiones, congruencia de sentimientos, conducta social y razones espirituales.

Finalmente, la informatización de la historia clínica en la atención primaria en Cuba es una de las asignaturas pendientes de la informática médica como disciplina.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La historia clínica. <http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_cl%C3%ADnica> [consulta: 16 enero 2010].
2. Carnicero Giménez de Azcárate J. De la historia clínica a la historia de salud electrónica (resumen). <<http://www.conganat.org/seis/informes/2003/PDF/CAPITULO1.pdf>> [consulta: 16 enero 2010].

3. Muniagurria AJ. Algunas apreciaciones sobre el método clínico. <<http://www.villavicencio.org.ar/pdf/023%20Algunas%20apreciaciones%20sobre%20el%20Metodo%20Clinico.pdf>>[consulta: 2 febrero 2010].
4. Valdés Martín S, Gómez Vasallo A. Temas de pediatría. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2006:5-7.
5. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arus Soler M, Fernández Naranjo A, Fernández Sacasas JA, Matarama Peñate M. Propedéutica clínica y semiología médica. La Habana: Editorial de Ciencias Medicas, 2003.
6. Núñez de Villavicencio F, Iglesias Durán O. Aspectos psicológicos y sociales de la historia clínica. En: Psicología y salud. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2001:234.
7. Osa JA de la. Artesanos de la vida. Madrid: Sangova, 2001:33.
8. Castro I, Gámez M. Historia clínica. <<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf> >[consulta: 2 febrero 2010].
9. Maciá Gómez R. La historia clínica: contenido, propiedad y acceso. <http://www.compumedicina.com/verpdf.php?art=./medicinalegal/ml_011108.pdf > [consulta: 16 junio 2009].
10. Expediente clínico informatizado. <http://www.biocom.com/sistema/historias_clinicas/historia_clinica_informatica.html> [consulta: 2 febrero 2010].

Recibido: 4 de marzo de 2010

Aprobado: 19 de marzo de 2010

MsC. Maritza Alcaraz Agüero. Policlínico Docente "Armando García Aspuru", entre 1ra y calle 10, reparto Santa Bárbara, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: bpulises@enet.cu