

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana
Facultad de Ciencias Médicas Finlay-Albarrán

Ventajas y desventajas del modelo de historia clínica en medicina interna

ADVANTAGES AND DISADVANTAGES OF THE PATTERN OF CLINICAL HISTORY IN INTERNAL MEDICINE

Miguel Angel Blanco Aspiazú¹, Yohana Salazar Alvarez², Héctor Andrés Morales González³, Roberto Suárez Bergado⁴
Dr. Justo Ramírez Chávez

¹Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas. Calle 26 núm. 3714. Playa. Teléfono: 2095549.

aspiazu@infomed.sld.cu

²Especialista Primer Grado en Medicina Interna. Calle 31 y 114. Teléfono: 2609681 extensión 374.

³Especialista Segundo Grado en Medicina Interna. Auxiliar. Calle 23 entre 308 y 310 Edif. 41 apto 26, Barbosa, Playa. Ciudad de La Habana. Teléfono 272-2886

hector.morales@infomed.sld.cu

⁴Especialista Primer Grado en Medicina General Integral. Especialista Primer Grado en Medicina Interna. Calle 70 núm. 912. Playa. rsbergado@infomed.sld.cu

⁵Especialista Primer Grado en Medicina Interna. Instructor. Teléfono. 2715395.

RESUMEN

La estructura de los modelos de historias clínicas en uso por los internistas en los hospitales requiere cambios que la hagan más funcional y coherente con el

paradigma biosicosocial. Se ha tenido como objetivo valorar los criterios de docentes de hospitales docentes del ISCMH. Se realizó un estudio de corte cualitativo en el que se recogió la opinión de médicos de diez hospitales sobre la estructura y funcionalidad del modelo de historia clínica. Estos fueron valorados por un grupo nominal para definir algunas propuestas de cambio. Se realizaron 16 señalamientos a los modelos de historias clínicas en uso y se propusieron cambios en consonancia con estos señalamientos. Los modelos de historia clínica necesitan cambios que contribuyan a satisfacer las funciones de la misma enmarcadas en una atención médica centrada en los problemas de salud del paciente, más coherente con el paradigma biosicosocial.

Palabra clave: Historia Clínica.

ABSTRACT

The structure of the models of clinical histories in use for the internists in the hospitals requires of changes that make it more functional and more coherent with the biosicosocial paradigm. Objectives. To value the approaches of educational of educational hospitals of ISCMH. Method. It was carried out a study of qualitative court in which the opinion of doctors of ten hospitals was picked up about the structure and functionality of the pattern of clinical history. These were valued by a nominal group to define some proposals of change. They were carried out 16 signalizations to the models of clinical histories in use and they intended changes in consonance with these signalizations. The models of clinical history require of changes that contribute to satisfy the functions of the same one in having marked in a medical care centered in the problems of the patient's health, more coherent with the paradigm biosicosocial.

Key word: Clinical history.

INTRODUCCIÓN

El insigne profesor cubano Raimundo Llanio en su libro *Propedéutica Clínica y Fisiopatología* considera la historia clínica como "el documento básico en todas las etapas de la atención médica y debe ser apreciada como una guía metodológica para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona que establece todas sus necesidades; también se emplea para el planeamiento, ejecución y control de las acciones destinadas al fomento, recuperación y rehabilitación de la salud".¹

La estructura de la historia clínica es objeto de estudio por su influencia, junto a otros factores, en la calidad del método clínico. Es necesario desarrollar un modelo de historia clínica, que en el nivel secundario de atención, contribuya a satisfacer los valores del expediente clínico y se integre al paradigma biosicosocial de la atención médica. Con el propósito de avanzar en el camino de adaptar el modelo actual de historia clínica a estas exigencias, los autores valoraron los criterios de docentes de hospitales del ISCMH y propusieron algunos cambios coherentes con el modelo de atención médica centrado en los problemas de salud del paciente y el paradigma biosicosocial.

MÉTODOS

Se aplicó una encuesta a médicos procedentes de 10 hospitales docentes de la capital, con el fin de que aportaran sus criterios sobre las ventajas y desventajas funcionales de los modelos de historia clínica en uso en sus respectivos centros y sus propuestas de cambio en las mismas. Los resultados de las encuestas fueron analizados con el propósito de definir los criterios expresados y clasificarlos en ventajas, desventajas y propuestas de cambio. Estos criterios fueron listados y después esclarecidos. Se seleccionaron los criterios más polémicos y fueron analizados por los autores de este artículo utilizando la técnica de grupo nominal, modificada por el número de integrantes. El procesamiento de la información se realizó mediante su análisis explicativo y técnicas de estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se encuestaron entre dos y cuatro profesores por cada hospital. Las tablas 1 y 2 muestran sus características. Al realizar las encuestas a los médicos seleccionados de los diferentes hospitales se pudo profundizar en cuanto a los criterios sobre cómo se utilizan los modelos disponibles.

Tabla 1. Categoría docente

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Titular	5	17.7
Auxiliar	10	29.4
Asistente	8	23.5
Instructor	7	20.5
No Docente	4	11.7
Total	34	100

Tabla 2. Descripción de la experiencia asistencial

Experiencia	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Asistencial	6.00	49.00	26.4324	10.4018
Docente	0.00	42.00	18.0541	11.2347

El resumen de las recomendaciones antes mencionadas aparece en la Tabla 3. Se hicieron en total 37 planteamientos, 16 de ellos diferentes.

Tabla 3. Frecuencia de las recomendaciones

Recomendaciones	Frecuencia
Asumir el modelo clásico	10
Cambiarla completa	1
Clásica en el primero ingreso y de marcar después	1
Considerar parámetros más cualitativos	1
Crear dos modelos para alumnos y médicos	1
Eliminar la primera evolución	1
Exigir el flujopatograma por problema de salud	1
Modificar estructura del ex. físico a organizado	1
Que estén disponibles los modelos	1
Que sea bien confeccionada	11
Ampliar los síntomas señalados	1
Añadir extremidades, temperatura	1
Informatizarla	1
Que el docente supervise	2
La discusión diagnóstica debe incluir los estudios complementarios y el diagnóstico definitivo	2
Que no se extravíe	1
Total	37

DISCUSIÓN

El análisis de la estructura de los modelos en uso en los diferentes hospitales evidenció gran similitud. Las diferencias solo consistieron en la disponibilidad del modelaje y la inclusión de una hoja de informe al alta utilizada en el Hospital Hermanos Ameijeiras. Este documento fue confeccionado con el fin de reducir el volumen de las historias clínicas, sin disminuir su utilidad para la realización futura de investigaciones o con fines legales y asistenciales.² Posteriormente han perfeccionado este componente.³

Como se evidencia en las tablas 1 y 2, hubo representación de todos los niveles de categorías docentes, incluidos médicos fundamentalmente asistenciales, lo cual permitió obtener criterios con diferentes grados de acercamiento teórico al problema de las historias clínicas y su valor en la práctica. Ello motivó diversidad de criterios como se muestra en la Tabla 3. A partir de las diferencias de criterios se seleccionaron algunos aspectos para discutir por el grupo nominal del hospital sede de la investigación.

Tras dos reuniones de una hora de conversación y discusión cada uno los profesores manifestaron su acuerdo de asumir un modelo diferente de historia clínica respecto al actual en uso.

Aunque reconocieron que en el período de vacaciones cuando se intensifica el trabajo en las salas de Medicina por la escasez de personal, este modelo permite

agilizar la confección de las historias clínicas, pero atenta contra la enseñanza de la clínica.

El problema del tiempo disponible para confeccionar una historia clínica y cumplir el resto de las funciones médicas ha llevado en otros medios a tratar de agilizar la confección de las historias clínicas mediante cuestionarios autoaplicados por los enfermos o su familiar en caso de que este no pueda cooperar. El uso de estos cuestionarios data desde 1949, cuando se publicó en el *Journal of the American Medical Association* el artículo «The Cornell Medical Index: An Adjunct to Medical Interview» por Brodman y colaboradores.⁴ Tras esta versión inicial de 195 ítems se crearon otros que se fueron modificando para hacerlos más sencillos y a la vez abarcadores, o sea, para cualquier problema clínico. Algunos estudios han demostrado que son cuestionarios aceptados por los pacientes a la vez que son confiables y válidos para obtener toda la información necesaria.⁵

En el caso de los estudiantes, siempre deben manejar el modelo clásico. El modelo que planteaban asumir los docentes, fue el centrado en los problemas basándose en H.Jinich,⁶ quien expresaba de forma más concisa el pensamiento médico sobre los problemas del enfermo sin extenderse innecesariamente en llenar todos los aspectos de la historia clínica por pura formalidad. Esta forma de registrar la información centrada en los problemas del enfermo es más congruente con el paradigma de atención médica biosicosocial.⁷

No se consideró necesario repetir la misma información sobre la historia de la enfermedad actual en tres ocasiones el mismo día, a saber, en la historia clínica, en su resumen y en la primera evolución.

Respecto a la propuesta de profesores del Hospital Hermanos Ameijeiras de dibujar el flujopatograma en las historias clínicas, se consideró útil pues esquematiza el juicio clínico de forma más comprensible y desde el punto de vista cognitivo permite un acercamiento a los procesos del pensamiento puestos en juego por el médico de asistencia.

En cuanto al examen físico, en las historias clínicas de médicos ya graduados y en la de los alumnos de tercer año de la carrera, en sentido general predominó el criterio de realizar y registrar un examen físico organizado y dirigido a los problemas de salud del paciente.

El examen físico tal y como aparece en los modelos en uso tiene dos desventajas. Primero, se aleja del modelo de atención médica centrado en el paciente, pues el registro en cuanto a su formato lo rige el modelo de historia clínica más que los problemas presentes en el enfermo. Por otro lado, el registro se aleja de la práctica pues no se realiza primero el examen general, luego el examen regional y finalmente por aparatos. En la práctica se realiza un examen dirigido a los problemas del enfermo, de los que ya se tiene una idea tras concluir el interrogatorio. La propuesta concreta es que se estructure por regiones coincidiendo con el criterio de uno de los encuestados del Hospital Manuel Fajardo y el libro sobre examen físico de Bárbara Bates.⁸

Sobre ampliar los síntomas señalados se consideró que sí es necesario, ya que el interrogatorio orienta los pasos posteriores, especialmente el examen físico y por tanto no se debe condicionar el olvido en el caso de los alumnos.

En cuanto a la discusión diagnóstica, consideraron que debe incluir todos los datos disponibles en el momento en que se confecciona. No debe realizarse mecánicamente planteando síndromes o entidades nosológicas que ya han sido

diagnosticadas como antecedentes claros. En ocasiones se pueden discutir problemas diagnósticos como una disnea, una descompensación de diabetes, en lugar de un síndrome hiperglicémico o de diabetes en un diabético reconocido de años de evolución.

Un aspecto a destacar es, en opinión de los autores, la necesidad de sustituir o acompañar el diagnóstico al ingreso, por el problema diagnóstico al ingreso, ya que se supone que el paciente ingrese sin su problema diagnóstico resuelto.

En caso de que se ingrese sin problema diagnóstico, entonces cabe plantearse además del diagnóstico nosológico, el problema terapéutico o cualquier otra razón que motive el ingreso.

En nuestro país, existe preocupación por la aplicación progresiva de la informatización en la atención médica, que incluye entre otros aspectos, el diseño de las historias clínicas electrónicas.⁹ El proceso de informatización tiene numerosas ventajas y potencialidades,¹⁰⁻¹² siempre y cuando no se constituya en el centro del proceso de atención, además, la integración de estos modelos a la docencia médica exige una sostenibilidad de la inversión tecnológica que por su magnitud no está actualmente al alcance de nuestro país en particular y otros muchos de la región.

Un problema difícil de resolver es el de la información oculta; es decir, aquella que tiene valor para el diagnóstico y no se refleja en el documento a pesar de haber sido recogida durante la entrevista. La magnitud de este fenómeno ha sido cuantificada y llega según algunos autores hasta 50% de la información recogida.¹³ Tugwell y Dok¹⁴ plantean que los problemas principales de la historia clínica provienen de que esta se utiliza más para recordar datos del paciente que como documento en el que aparezcan argumentos para los juicios diagnósticos.

El problema de la calidad en la confección de las historias clínicas tiene muchos factores condicionantes. Por un lado, está el nivel de exigencia en las diferentes instituciones; por otro, el nivel de aprendizaje de los que la confeccionan y además está el asunto tratado en esta investigación: la estructura del modelo de historia clínica disponible. Es innegable que si no se cuenta con el modelaje adecuado se expone al olvido propio de la impericia o facilita la superficialidad.

CONCLUSIONES

1. El modelaje de historia clínica de los hospitales docentes de Ciudad de La Habana, en sentido general, no difiere en su estructura. Las diferencias fundamentales radican en la disponibilidad de los modelos de hojas y en la hoja de informe al alta utilizada en hospital Hermanos Ameijeiras.
2. El modelo requiere un reanálisis para mayor coherencia con las necesidades de la docencia, pues los alumnos deben realizar historias clínicas completas durante su fase de aprendizaje siguiendo las exigencias de una asistencia médica centrada en los problemas del enfermo. Parte de los cambios necesarios radican en modificar la estructura del registro del examen físico. El resto de los acápites de la historia clínica no debe sufrir variaciones, aunque sí el contenido de los mismos de manera que se registren los elementos sicosociales integrados a los "biológicos".

3. La utilidad en la investigación no depende del modelo, sino de la calidad de los datos recogidos durante la confección de la historia clínica, lo que pierde utilidad para estudios retrospectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler E. *et al.* Propedéutica clínica y fisiopatología. 3ra ed. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003, t.1.
2. Ríos Massabot NE, Plasencia Iglesias AE, Senra Armas LA, Páez Prats I. El archivo de historias clínicas. Cuestión de espacio. *Rev Cubana Salud Pública.*28(1): 18-21;2002.
3. Alemán Lagel MC, Ríos Massabotl NE, Hernández Romero F. El doble propósito del informe de alta en el hospital Hermanos Ameijeiras. *Revista Cubana de Salud Pública.* 35(3);2009.
4. Brodman R, Erdmann AJ, Lorge I, Wolff HG. The Cornell Medical Index: an adjunct to medical interview. *JAMA.* 140:530;1949.
5. Inui TS, Jared RA, Carter WB, Plorde DS, Pecararo RE, Chen M. *et al.* Effects of a self-administered health history on new-patient visits in a general medical clinic. *Med Care.* (17): 1221-8;1979.
6. Jinich H. El expediente clínico orientado por problemas (ECOP). *Rev Fac Med UNAM.* 39(2):55-57;1996.
7. Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatic.* 38(6):521-8;1997.
8. Bates B, Hoekelman RA, Thompson JE. Guide to physical examination and history taking. 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1991.
9. Athos A Sánchez MAA, Iglesias DJL, Perdomo GG, Hernández CJL, Mendoza D. Historias clínicas electrónicas en Cuba, quimera o posibilidad real. *Revista Cubana Informática Médica.* (1): 1-16;2000.
10. Handler JA, Feied CF, Coonan K, etal. *Acad Emerg Med.* 11 (11): 1135-41;2004.
11. C. Pagliari, D. Detmer, and P. Singleton Potential of electronic personal health records. *BMJ.* 335(7615): 330-333;2007.
12. Tang PC, Ash JS, Bates DW, Overhage JM, Sands DZ. Personal Health Records: Definitions, Benefits, and Strategies for Overcoming Barriers to Adoption. *J Am Med Inform Assoc.* 13:121-126;2006.
13. Norman GR, Neufeld VR, Walsh A, Woodward CA, McConvey GA. Measuring physicians' performances by using simulated patients. *J Med Educ.* 60:925-34;1985.

14. Tugwell P, Dok C. Medical record review. In: Neufeld V, Norman GR, eds. *Assessing Clinical Competence*. New York: Springer; 1985, p.142-81.