

Observación del Modelo de Historia Clínica en los Servicios Hospitalarios de la Secretaría de Salud de Honduras.

An Observation of the Clinical History Model Applied in the National Hospitals of Honduras.

Fernández V. Jorge*, Parodi A. Juan&, Panameño C. Oscar&, Venegas Z. Raquel&, Wong R. Meilin&, González Enma&, Salgado L. Loyda&, Godoy S. Martín&, Escobar Laura&, Pérez M. Noel&, Pleitez C. Marco&, Martínez M. Ehiby&, Barahona D. René&, Sierra D. José&, Aguilar Mario&.

PALABRAS CLAVES:

HISTORIA CLÍNICA, EXPEDIENTE MÉDICO, SEMIOLOGÍA MÉDICA.

RESUMEN

El expediente médico es la colección de documentos que testimonia el quehacer del manejo de pacientes; la historia clínica refleja las necesidades sentidas del paciente y la interacción con el facultativo para la solución de los problemas. En esta investigación se presentan datos sobre la concordancia de los modelos académico e institucional de la historia clínica de hospitalización (HCH), a partir de la descripción del expediente médico normatizado. Para ello, se estructuró un modelo académico de historia clínica, luego se describió, así mismo, el modelo institucional aplicado en los hospitales, se realizó observación directa de la aplicación, se entrevistó a un grupo de médicos y estudiantes para recoger sus impresiones sobre la pertinencia del modelo y se revisaron expedientes archivados para observar el cumplimiento a la norma. Aunque hubo pocas diferencias en los contenidos conceptuales de ambos modelos, se pudo observar algunas

deficiencias en la aplicación práctica y verificar que existe una combinación de aplicación entre la HCH ideal y formal, que aunque casi son iguales, el fenómeno refleja la disociación docente-asistencial que existe al interior de los hospitales de enseñanza. Los clínicos entrevistados expresaron que la HCH es pertinente al proceso clínico. La revisión de expedientes archivados reveló adherencia al cumplimiento de la norma, pero hubo falta de alguna información en 20% de ellos.

El descuido que aun persiste, expresado por la deficiente planificación central para el manejo del sistema de información y registros médicos, la inadecuada provisión de los recursos materiales mínimos y la falta de monitoría y evaluación en los procesos que concurren en la producción de la información clínica, resalta la anarquía y el desconcierto en el manejo del expediente clínico y de su principal documento, la historia clínica.

*Profesor de medicina, FCM, UNAH. A quien se ha de dirigir la correspondencia.

Apartado postal No. 6443, Tegucigalpa, Honduras
e-mail: joralferr@hotmail.com

&Estudiantes de medicina, FCM, UNAH.

ABSTRACT

The patient's clinical record documents in lasting form his health history and concerning clinical activities, plans, actions to take, and response to combined efforts with the clinician. The health history is the remarkable one that reflects the patient's needs and requests and physician's understanding and actions to restore or preserve the health. Knowledge and technical skills to manage the health history are essential components in the medical education, that the students learn at the Faculty of Medicine; at the time that the Ministry of Health has established the technical norms and forms that regulate and standardize the clinical activities in the hospitals and health centers. Data about concordances and discrepancies between an ideal and the institutional health history models, beginning with the clinical record description, are shown in this study, which was made by the second semester of 2,004 at the national hospitals in Tegucigalpa (Hospital Escuela, San Felipe, Instituto del Tórax). No major discrepancies were found between ideal and institutional models, but practical application deficiencies were observed. Persistent relieve from care about national duties concerning planning and implementation of an information and medical records system, scarcity of resources, and lack of monitoring and evaluation, hallmark anarchy and disarrangement in the management of the clinical record and its main document, the clinical history.

KEYWORDS:

CLINICAL HISTORY, MEDICAL RECORD, MEDICAL SEMIOLOGY.

INTRODUCCIÓN

La actividad clínica hospitalaria se registra en documentos que forman parte del denominado Expediente Médico o Clínico (EM), en el cual se incluye la Historia Clínica (HC), que recoge la información detallada de los eventos, condiciones y situaciones que rodean al paciente en su expresión morbida al momento de ser atendido en la consulta ambulatoria u hospitalizado. Para tal efecto la Secretaría de Salud (SS), a través del Departamento de Estadística, ha normatizado los contenidos y formas correspondientes al EM, contando con formularios de HC para atención ambulatoria, de urgencias y de hospitalización. Por otra parte, la enseñanza de la clínica en la carrera de medicina, que da comienzo en el cuarto año- Introducción a la Clínica I y II- y se desarrolla a lo largo de los siguientes años (quinto año a internado rotatorio de séptimo), abarca la clínica general y la especializada, se basa en un modelo de HC descrito en los textos académicos de semiología, clínica, medicina interna y otras especialidades, o en formas adaptadas por los médicos docentes de la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) en los recintos hospitalarios.

En este trabajo se presenta información recogida de una investigación dirigida a conocer los componentes del EM, comparar los modelos de HC utilizados en los ambientes de internamiento hospitalario, a raíz de preguntas formuladas sobre la situación actual de su aplicación, por ejemplo: ¿cuáles han sido los modelos usados?, ¿es congruente el modelo adoptado con las condiciones/necesidades clínicas?, ¿cuán útil es la información recabada? Se observó el proceso de aplicación de la historia clínica, a partir de los procedimientos normativos establecidos por la SS y del modelo ideal formulado en los textos de medicina y semiología, al tiempo que se expresan las percepciones de los médicos y estudiantes sobre los modelos planteados.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio, realizado durante el segundo semestre de 2,004, en los hospitales nacionales (Escuela, General San Felipe e Instituto Nacional del Tórax), y el nivel central la SS, se estructuró en cuatro partes diferentes, pero complementarias:

En primera instancia se realizó una investigación documental, cual fue la búsqueda de los modelos de HC que aparecen en textos básicos de semiología



médica, i.e., Bates¹, Goic-Chamorro² y Surós³, de los que se formuló un “modelo ideal” de historia clínica hospitalaria (HCH); adicionalmente, se recolectaron modelos de HCH que se utilizan en algunas de las salas de hospitalización, elaborados por profesores de medicina clínica con fines pedagógicos, que ayudaron a completar ese modelo ideal.

En segunda instancia, se obtuvo la norma técnica que propone los contenidos e instrumentos del EM, “La Historia Clínica: Propósito, Contenido, Formularios” en el Departamento de Estadística del MS⁴, procediendo luego a un análisis comparativo de este “modelo formal”, respecto a la HCH ideal.

Un tercer momento consistió en visitas a las salas de emergencias y hospitalización en el Hospital Escuela (HE), con observación de la entrevista médico-paciente y la aplicación de la forma, “modelo fáctico”. Al mismo tiempo, se realizaron entrevistas a médicos clínicos (3) y estudiantes (14), conducidas por los investigadores, con preguntas dirigidas a valorar la pertinencia y funcionalidad del modelo aplicado.

Finalmente, se hizo una revisión de HCH archivadas (modelo fáctico), en el Departamento de Registros Médicos del HE, con una muestra al azar de 14 expedientes provenientes de diferentes servicios de hospitalización, a los que se les aplicó una lista de cotejo para observar el grado de adherencia a la norma.

RESULTADOS

La normativa institucional sobre la conformación del expediente clínico en la Secretaría de Salud, establece una serie de documentos, entre formularios, notas y gráficos, y la historia clínica de emergencias, hospitalización y de consulta ambulatoria:

✍ *La historia de la consulta externa* contiene la anamnesis, examen físico, diagnóstico, tratamiento e indicaciones.

✍ *En la historia obstétrica* se registran los datos del período prenatal (parecida a consulta externa pero con datos del embarazo), parto

✍ (condición de la paciente y datos relevantes como los periodos de dilatación, cómo comenzó el parto), puerperio (condiciones de la madre después del parto), recién nacido (correlación entre madre e hijo, examen físico, evolución e indicaciones). Esta forma observa la falta de varios datos personales como edad, lugar y fecha de nacimiento, dirección actual y ocupación, así como los antecedentes y el examen físico general y segmentario.

✍ *La historia clínica perinatal* contiene datos generales, antecedentes prenatales, natales y postnatales inmediatos del niño, pero no se interrogan otros antecedentes como inmunizaciones, procedimientos, seguridad y prevención de lesiones, ni molestias principales de enfermedad actual para la madre. En el examen físico se interrogan antecedentes terapéuticos y se anotan signos vitales, examen general y por sistemas y órganos, lesiones traumáticas, cordón umbilical, malformaciones congénitas, expulsión de meconio, impresión diagnóstica y órdenes medicas.

✍ *La historia de emergencia* debe registrar sobre todo información sobre la enfermedad principal, lesiones, examen físico, laboratorio, rayos X, tratamientos, instrucciones a seguir, conducta a seguir, fecha y firma del medico.

✍ En la *historia de hospitalización* se anotan datos generales, la anamnesis con descripción de la enfermedad actual, revisión de síntomas, antecedentes personales, familiares y sociales, y un examen por sistemas anatómicos. Si un paciente vuelve a padecer la misma situación en periodo de treinta días solo se anota lo que ha sucedido en el tiempo transcurrido (reingreso). Además, va acompañada de notas de evolución, relatos cronológicos de la evolución diaria o cada hora según la gravedad; notas de traslado a otro servicio, y de egreso. Al final aparece el diagnóstico definitivo y los procedimientos quirúrgicos realizados (epicrisis).

✍ Las *autorizaciones* son documentos que dan paso a intervenciones o procedimientos que

de antemano, se entiende, se hacen en función de mejorar la condición de salud, por lo que se les pide a los familiares que firmen una exoneración ya sea por alta exigida o rechazo de un tratamiento específico.

- ✍ En el *formulario de ingreso y egreso* se describe la hospitalización para fines estadísticos y se obtienen datos de identificación, diagnóstico, condición, tipo de egreso.
- ✍ Las *órdenes médicas* son parte del contenido del EM, son las indicaciones dadas con respecto al tratamiento, incluyen la fecha y hora respectiva y son firmadas por el médico tratante.
- ✍ Las *hojas de medicamentos* registran el nombre del fármaco, fecha de inicio, horas en que se administra, tiempo de duración de la terapia y la firma de la enfermera responsable.
- ✍ La hoja de *gráficas de signos vitales* proporciona una visión rápida de los signos del paciente.
- ✍ La hoja de *interconsulta* forma parte de las notas de evolución y contiene los motivos de la misma. La respuesta a la interconsulta también debe figurar en la nota de evolución correspondiente, registrando en resumen los hallazgos, diagnóstico y recomendaciones, firma del facultativo y la fecha.
- ✍ La *solicitud de operación*, contienen el diagnóstico preoperatorio, la operación proyectada, así como la evaluación del riesgo quirúrgico. Si se cancela una operación se registran las causas o motivos.
- ✍ Se incluyen adicionalmente una serie de *informes*, tal el caso del informe de laboratorio, con reportes originales ordenados cronológicamente por fechas ascendentes. Los informes de radiología interpretados por un radiólogo, los informes de anestesia que anotan datos de valoración pre-anestésica, los del evento quirúrgico y recuperación en las siguientes 24 horas. El informe de operación se debe completar apenas haya terminado la operación anotando la fecha del informe y la firma del cirujano. En el informe de recuperación se incluyen datos de identificación del paciente, la operación realizada, diagnóstico, signos vitales, medicamentos, tratamiento, líquidos, excretas

mantiene un registro de líquidos administrados (oral y parenteral) y excretados por la orina y otras vías. Estos datos serán anotados con la firma de la enfermera responsable. Cada 24 horas el médico anota su interpretación de las anotaciones.

Al hacer una comparación entre los modelos ideal y formal de HCH, se apreciaron los elementos comunes y los faltantes. En términos generales, se observó uniformidad en la comprensión de los apartados clásicos que conforman la HCH, es decir, datos generales, síntoma principal con descripción amplia de la enfermedad actual, funciones orgánicas generales, revisión sistemática de síntomas, antecedentes personales patológicos y no patológicos, antecedentes familiares, sociales y ambientales y el examen físico general y sistemático.

No se encontró disposición en un mismo orden de los apartados señalados y unos son abordados con mayor profundidad en alguno de los modelos. Se observaron vacíos, como el hecho de que en la HCH formal los datos generales no hacen mención de variables importantes como la raza o etnia, lugar y fecha de nacimiento, fecha de ingreso, sala y cama en la que se encuentra el paciente, y usa el término sexo en lugar de género.

En el apartado de síntoma principal ambos aportan atributos semiográficos para explorar el padecimiento principal. La revisión de síntomas por órganos, aparatos y sistemas es similar en sugerir una panoplia amplia de manifestaciones, y los antecedentes aparecen, con mayor o menor profundidad en alguno, en igualdad de condiciones para los modelos comparados.

La observación en las salas de emergencias y hospitalización permitió verificar que existe una combinación de aplicación entre la HCH ideal y formal, claro, es un hospital universitario, que en buenas cuentas tiene escasas diferencias. A falta de formas impresas, la historia se escribe a mano generalmente en folios sin identificación, al libre pensamiento del estudiante o residente que la levanta y redacta, muy frecuentemente invadida por errores gramaticales y otras veces con letras ilegibles.

La cadena de seguridad que salvaguarda la confidencialidad de la información clínica es muy precaria, cualquier empleado del hospital con facilidad tiene acceso al expediente y es frecuente observar a los pacientes con los registros clínicos en sus manos en los pasillos hospitalarios. La pérdida



reiterada de información clínica llega al extremo de que el expediente entero no aparece en el archivo, por lo que varios departamentos o servicios clínicos han optado por manejar su propio sistema.

Los clínicos entrevistados estuvieron de acuerdo en que el modelo de HCH es pertinente al proceso clínico de manejo de los pacientes: *"No hay malas historias clínicas sino malos historiadores". "La HC es la herramienta fundamental del médico clínico"*.

La exploración de los expedientes en el archivo reveló que las HCH son cumplimentadas de acuerdo a la situación, emergencia u hospitalización, adhiriéndose al formato pertinente (100%); casi todas (84%) presentaron todos los apartados, pero hubo falta de información sobre el síntoma principal, antecedentes personales no patológicos, funciones orgánicas generales y/o revisión de síntomas por órganos, aparatos y sistemas hasta en 20%. El examen físico no figuró en 16% de las historias revisadas.

DISCUSIÓN

En el sistema de información de la Secretaría de Salud, existen vacíos importantes en el desarrollo metodológico de un modelo de análisis de los registros médicos, que impiden crear la arquitectura de un sistema estructurado, que sea útil tanto para los procesos clínicos como para los de orden administrativo, de investigación o docencia, de tal forma, que el modelo refleje exactamente la naturaleza, estructura y utilización de la información requerida.

Un sistema de registros médicos se establece con la idea de apoyar la atención de las necesidades del paciente; y, el propósito de ofrecer información para la planificación, investigación o auditoría médica, es una consecuencia de esta intencionalidad. La recolección, procesamiento, almacenamiento, recuperación y técnicas de mantenimiento de información del paciente se comportan de manera lineal.

El dato se vincula en forma secuencial, como en flujo, donde el almacenamiento y recuperación son únicos y no se permiten otras opciones⁵. La situación de los registros médicos en nuestros hospitales es precaria, en muchas ocasiones se pierde la intencionalidad y principios que conlleva el registro médico. Esto nos ha llevado a la *"era del formulario"*, donde la habilidad del planificador se

da por la capacidad de diseñar formularios que puedan agregarse o desagregarse de acuerdo a ciertos niveles de atención y de toma de decisiones⁸.

Es así como los programas básicos de salud de esa Secretaría y los servicios mas especializados de los hospitales de tercer nivel, elaboran minisistemas y formularios que alimentan su propia gestión pero aislados del contexto global, ante la imposibilidad de obtener información, dando como resultado una ruptura a la lógica que pudo, en un inicio, tener un sistema de registros integral.

El manejo masivo de datos tanto en el hospital como en el nivel central de la Secretaría de Salud, determina un procesamiento lento y costoso, por lo que, cuando se obtiene la información, ya existen nuevas condiciones. Esta situación no permite buena calidad de información ya que la calidad es parte de la integralidad y la oportunidad.

No obstante que el nivel político-técnico de la Secretaría de Salud, ha elaborado una normativa sobre la documentación elemental y uso del EM, en los servicios clínicos se refleja bastante desorden en todo el proceso de captación, manejo y uso de la información médica. El documento capital, la HC, cuyo formato coincide casi plenamente con los modelos académicos, es frecuente que se maneje superficialmente, sin una cadena de seguridad que asegure la confidencialidad, con mucha información que no se toma en consideración al momento de evaluar y brindar tratamiento, producto de una visión enfocada a *"ver enfermedades"* y no pacientes, personas humanas con necesidades y demandas que estamos obligados a atender.

Con frecuencia las notas que se registran en la historia clínica son ilegibles y desorganizadas, los reportes de los servicios de apoyo, ej; laboratorio y radiología, no se encuentran y se vuelve un desafío entender qué es lo que ha pasado con el paciente. Otros problemas detectados se relacionan con la falta de recursos materiales elementales como formularios o computadoras, ambientes físicos deficientes, y, sobre todo, falta de una comunicación fluida entre los servicios clínicos, los de apoyo al diagnóstico y tratamiento, y los de administración de la información en la central estadística del hospital.

La Historia Clínica contiene información que identifica al paciente, documenta el curso de la enfermedad, justifica el diagnóstico y el tratamiento, y forma parte del sistema de información que comunica al médico tratante con los demás profesionales que intervienen en el

equipo de salud. Asimismo, tiene utilidad como base para revisión, estudio, evaluación, investigación y docencia. Adicionalmente, protege los intereses de los diversos involucrados, tanto profesionales como pacientes.

Es la fuente que comprende datos subjetivos y objetivos observados en el paciente, además de aspectos personales, hipótesis e impresiones diagnósticas que aporta el profesional; el documento donde se objetiva la actuación de los médicos, en el que se puede observar o comprobar las actividades y procedimientos realizados. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento. Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar procedimientos practicados, complicaciones sufridas y costos monetarios de quienes responden por cada enfermo⁶.

Un instrumento de gran valor, puesto que como irrefutable prueba documental, podría significar la absolución o la condena de quien lo confeccione a conciencia o sin ella. Por esta razón el médico debe tener en cuenta la responsabilidad que adquiere a la hora de elaborar escritos sobre el historial clínico y debe responder por la calidad de los mismos. A la vez se hace necesario unificar el conocimiento entre el personal médico y así optimizar los usos que se le debe de dar a dicho documento clínico⁷.

En cuanto a la cobertura de datos por apartados, desde los datos generales hasta el síntoma principal desarrollado, los antecedentes y el examen físico, podemos señalar que la mayoría se maneja en la historia clínica hospitalaria. Un estudio realizado en el Hospital de Niños “Ricardo Gutiérrez” de Buenos Aires, mostró que de un total de 794 historias clínicas de niños ingresados graves, solamente 106 reunieron los datos considerados mínimos básicos durante la atención inicial⁵.

Otro ocurrido en la Fundación Hospitalaria “San Vicente de Paul” de Medellín, reveló que sólo el 13.2% de las historias clínicas son ordenadas correctamente y que sólo el 9% del personal conoce el ordenamiento correcto de dicho documento. Este tipo de problemática es producto de la falta de supervisión, monitoría y evaluación de la actividad que genera la información clínica, así como de la deficiente provisión de los recursos materiales mínimos^{7,9,10}.

El hallazgo de la presencia combinada del modelo de HCH institucional (formal) y de otros

académicos (ideal), revela la disociación funcional y orgánica entre los servicios asistenciales y las actividades académicas, producto de la separación docencia-asistencia ocurrida en 1,992 a raíz de la reformas introducidas con el entonces nuevo Estatuto del Médico Empleado, que no diversificó significativamente la oferta de plazas pues el acaparamiento fue la norma, ante el daño estructural que se introdujo al disociar docencia y asistencia, en dos instituciones del Estado, Universidad y la Secretaría de Salud, que trabajan con muy bajo entendimiento administrativo y gerencial en aspectos trascendentales de producción de recursos humanos y servicios de atención en salud.

El marcado abandono, expresado por la deficiente planificación que no incluye claramente las orientaciones político-estratégicas para el manejo del sistema de información y registros médicos, inadecuada provisión de los recursos materiales mínimos y la falta de monitoría y evaluación en los procesos que concurren en la producción de la información clínica, resaltan la anarquía y desconcierto en el manejo del expediente clínico y de su principal documento, la historia clínica.

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos al Dr. Manuel Sierra, por su valiosa revisión y aportes al manuscrito de esta publicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bickley L.S.: Bates Propedéutica Médica. 7ª. Ed. México, McGrawHill Interamericana, 2,000.
2. Surós B. J. y Surós B. A.: Surós: Semiología Médica y Técnica Exploratoria. Octava edición, Barcelona, Editorial Masson, 2,001.
3. Goic A., Chamorro J.: Semiología Médica: Síntomas y Signos Generales. 4ª. Ed. Santiago de Chile, 2,001.
4. Secretaría de Salud Pública: La Historia Clínica: Propósito, Contenidos, Formularios. Tegucigalpa, 1,990.

5. Florentino J., Gutiérrez R.: Responsabilidad Médica e Historia Clínica- Reflexiones. Clínica Bazterrica [en línea] marzo 1998 [Fecha de acceso, 6 de diciembre 2,004]. URL disponible en : <http://www.cirpedal.com.ar/legrespo.html/>.
6. Guzmán M. F.: La Historia Clínica: Elemento Fundamental del Acto Médico. MEDSPAIN 2,000
7. Martínez Y. Y. et al.: Manejo de la Historia Clínica por el Personal Médico y de Enfermería de la Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl, Medellín, Antioquia, [en línea] 1997 [Fecha de acceso, 6 de diciembre 2,004]. URL disponible en : <http://tone.udea.edu.co/revista/mar98/historia.html/>.
8. OPS/OMS: Registros médicos electrónicos para tres países de Centroamérica. Washington, D.C. noviembre, 1,997
9. Traburu A.M., Saldaña M.L., De Pedro M.T.: Servicio de medicina preventiva y gestión de calidad hospitalarias. Hospital Virgen del Camino, Pamplona, 2,003.
10. Tattevin P, et al. The validity of medical history, classical symptoms, and chest radiographs in predicting pulmonary tuberculosis: derivation of a pulmonary tuberculosis prediction model. Chest 1999;115:1248-53.