

EVALUACIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS EN SALAS DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL ESCUELA

Evaluation of medical history completed in Internal Medicine Wards in the Hospital Escuela

José Ángel Sánchez N*; Alejandra M. Zúniga Cruz+, Socorro M. Palma G. °Karen M. Fernández B., José R. Rubio B. Erick A. Landa P.▲

RESUMEN

La historia clínica es bastión en la práctica médica, debe ser elaborada de forma sistemática y evaluarse objetivamente. En el Hospital Escuela no existe un modelo único ni forma de evaluarla, debido a ello se realizó el presente estudio. **Objetivo:** Evaluar la estructura de la Historia Clínica (HC) elaborada por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas. **Métodos:** Se realizó un estudio transversal descriptivo, mediante la revisión de 626 expedientes de pacientes de salas de Medicina Interna en el periodo del 13 de noviembre 2010 al 23 de febrero 2011, con la finalidad de analizar la estructura de las HC; estas se cotejaron con una HC modelo que fue el instrumento de trabajo, la estructura del modelo se basó en libros de textos y en el programa de la asignatura Introducción a la Clínica. El estudio se realizó en 3 etapas: validación del instrumento en 12 expedientes, revalidación o ensayo preliminar en 100 historias de 302 expedientes y fase final: evaluación de 100 historias de 312 expedientes.

Resultado: de las 100 historias evaluadas, 55 eran de pacientes mujeres, 31 de hombres y en 14 esta información no se consignó. Los datos generales fueron consignados en las 100 HC; al describir el síntoma principal se utilizó lenguaje técnico, presente en 91 HC, en 99 se encontraba descrita la historia de la enfermedad actual aunque redactada en forma confusa, en 95 no se realizó en forma lógica y solamente en 9 HC se plasmó la evolución en forma coherente y lógica. El uso de parámetros semiológicos se describió en 99 HC dificultando el análisis de las mismas, uno de los parámetros de importancia es el tratamiento recibido por el paciente, se describió en 29 historias y en 42 se consignó los atenuantes y precipitantes.

Las funciones orgánicas generales fueron muy bien descritas en 99 HC, agregándose en este apartado la descripción por órganos, aparatos y sistemas. Los antecedentes no patológicos y patológicos se describieron en 85 y 98 respectivamente. Uno de los apartados que debe consignarse es el examen físico y neurológico, estos se encontraban incompletos en todas las historias, el diagnóstico se registró en 93 de estas, el pronóstico y el plan terapéutico no se mencionaron. **Conclusión:** La estructura de la HC elaborada por estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas en salas de hospitalización de medicina interna es deficiente e incompleta.

Palabras clave: Registros médicos, evaluación, medicina interna, Hospital Escuela

ABSTRACT

The Medical History (MH) is essential in the medical practice and it should be systematically completed and objectively evaluated; in the Hospital Escuela there is not a single model or a method to evaluate the MH, for that reason this study was conducted. **Objective:** To evaluate the structure of Medical Histories taken by students of the Faculty of Medical Sciences. **Method:** A descriptive cross-section study was conducted to review 626 clinical charts of patients in the Internal Medicine wards of the Hospital Escuela during the period from November 13, 2010 through February 23, 2011. The purpose was to analyze the structure of the Medical History found in these charts, which were compared with a model of the MH based in textbooks and the program of the Introduction to the Clinic course. The study was performed in three stages: Validation of the MH model or instrument in 12 charts; Revalidation or primary trial by reviewing 100 MH in 302 charts, and Final Stage or evaluation of 100 MH in 312 charts.

*Médico Internista, Hematología Oncológica, profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, UNAH

+Estudiante del VI año de la Carrera de Medicina. UNAH

°Estudiante del V año de la Carrera de Medicina. UNAH

▲ Estudiantes en Internado Rotatorio UNAH

Results: the report includes data from 100 MH obtained in the final stage: 55 belong to women, 31 to men and in 14 the gender was not specified. The General Data was present in the 100 MH; the Chief Complaint was described using technical language in 91; the History of Present Illness was included in 99 of the charts, but the description was not clear, in 95 the chronological order was not apparent; the evolution was included in a logical and coherent manner only in 9. Semiological parameters were applied in 99 MH, but in a manner that did not facilitate the analysis; treatment, which is of great importance, was described in 29; the precipitating or attenuating factors were included in 42. General Organic Functions were well described in 99, including the Systems Review. The Non Pathological and Pathological antecedents were mentioned in 85 and 98 charts respectively. The Physical and Neurological Exams were incomplete and deficient in all charts; the Diagnosis was mentioned in 93, whereas the Prognosis and Therapeutic Plans were not established. Conclusion: The structure of the MH completed by students of the Faculty of Medical Sciences in the internal medicine wards of Hospital Escuela is deficient and incomplete.

Keywords: Medical records, evaluation, internal medicine, Hospital Escuela.

INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la historia universal particularmente de la medicina, el interrogatorio y el examen físico han constituido una herramienta para establecer el diagnóstico de las enfermedades y por ende el tratamiento y el pronóstico de las mismas.

Hipócrates hace más de dos mil años hizo énfasis en la evaluación clínica, estructuración y recopilación de la información médica del paciente, basado en la observación y el razonamiento que los médicos griegos habían utilizado para resolver problemas de Salud Pública^(1,2).

En el siglo XIX las escuelas europeas de medicina ganaron liderazgo mundial por el desarrollo de las técnicas semiológicas utilizadas y para inicios del siglo XX la Historia Clínica para cada paciente fue introducida por los hermanos Mayo en el Hospital St. Mary's en Rochester Minnesota⁽³⁾, Estados Unidos de Norte-

américa, (actualmente Clínicas Mayo).

El desarrollo tecnológico en la segunda mitad del siglo XX ha hecho pensar que la HC puede ser reemplazada con el uso apropiado de la tecnología, sin embargo esta continúa siendo bastión de la práctica médica⁽⁴⁻⁵⁾. Profesores como la Dra. Melanie Thomas de la Universidad de Carolina del Sur consideran que no existe mejor herramienta en el diagnóstico y ninguna tecnología hasta el momento es capaz de reemplazarla, ya sigue siendo un documento médico, legal, ético, económico y para investigación científica.

En Honduras la importancia que se ha dado al estudio de la HC es escasa; en revistas del país se encuentran tres artículos con respecto al tema, el Dr. Almendares y colaboradores estudiaron en 1978 las perspectivas y alternativas de la HC, analizaron expedientes de Medicina y Cirugía del Hospital General San Felipe y Asilo de Inválidos, concluyendo que se le da poca importancia. Ellos encontraron información incompleta y datos ilegibles para el soporte del diagnóstico, información neurológica, psiquiátrica y social escasa, recomendando que la HC debiera ser mejorada⁽⁶⁾.

En 1995 el Dr. Fernández y colaboradores analizaron los problemas de enseñanza de Semiología en la Facultad de Ciencias Médicas (FCM) de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), determinaron una serie de problemas a nivel docente, estudiantil y del sistema de enseñanza como: sobrepoblación estudiantil, falta de espacio físico y de formación pedagógica en los docentes⁽⁷⁾. Este estudio destacó que la formación clínica del estudiante en la carrera de medicina inicia con la cátedra de Semiología Médica, impartida en el cuarto año, es responsabilidad del Departamento de Medicina Interna proporcionar las herramientas básicas para introducir al estudiante a la práctica clínica.

En 2005 otro estudio del Dr. Fernández y colaboradores titulado, Observación del Modelo de HC en los Servicios Hospitalarios de la Secretaría de Salud de Honduras, comparó la HC académica con la que se utiliza en los hospitales nacionales (Hospital General San Felipe, Hospital Escuela, Instituto Nacional del Tórax) encontrando diferencias entre ambos modelos, lo que refleja un fenómeno de disociación docente-asistencial en los hospitales de enseñanza, debido

a la falta de monitoría y evaluación en la producción de información clínica⁽⁸⁾.

Una HC completa debe describir la situación real de la enfermedad del paciente a través de los siguientes apartados: Datos generales que identifiquen completamente al paciente, síntoma principal, historia de la enfermedad actual que oriente hacia el proceso fisiopatológico en curso, funciones orgánicas generales antes y durante la enfermedad, antecedentes no patológicos (nacimiento, desarrollo físico y mental, vida sexual y laboral, ambiente físico, hábitos, dieta), inmunológicos y gineco-obstétricos; antecedentes patológicos (enfermedad de la niñez y del adulto) hospitalarios, traumáticos y quirúrgicos, alérgicos, antecedentes familiares con sus grados de consanguinidad; interrogatorio por órganos, aparatos y sistemas, examen físico sistemático y detallado de la apariencia general, signos vitales, medidas antropométricas y examen físico por regiones utilizando las técnicas de inspección, palpación, percusión, auscultación, comparación, mensuración y examen neurológico⁽⁹⁾.

La realización apropiada de la HC llevará a mejorar los diagnósticos clínicos, plantear intervenciones diagnósticas y terapéuticas de una manera racional, que conlleve a disminuir los costos de atención, la mejora en la educación e investigación en salud.

En la FCM-UNAH no existen revisiones sistemáticas de la HC, como menciona el Dr. Fernández, la principal barrera para adquirir las destrezas la constituyen los docentes⁽⁷⁾.

Debido a que no existen evaluaciones continuas de la HC se llevó a cabo esta investigación con la intención de evaluar las HC utilizadas en el Hospital Escuela.

MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal descriptivo para evaluar la estructura de la HC utilizada en las salas de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Escuela, realizadas por estudiantes de la carrera de medicina de la FCM-UNAH en el período comprendido del 13 de noviembre de 2010 al 23 de febrero 2011. Para tal fin se diseñó una HC modelo como instrumento de trabajo, se levantó censo de los expedientes revisados y se recolectaron los datos de las historias clíni-

cas a ser evaluadas.

El modelo de HC utilizado se basó en el programa de contenidos de Introducción a la Clínica I y II⁽⁹⁾, se cotejó y complementó con textos de Semiología⁽¹⁰⁻¹⁴⁾. Se elaboró listado sistemático de expedientes revisados para la obtención del censo final y evitar repeticiones; la información incluida en la matriz de datos fue: historia clínica presente o ausente, legible o ilegible, número de expediente, fecha y hora de revisión, fecha y hora de ingreso y sala de hospitalización.

Los datos de la HC se cotejaron con la HC modelo, en la que se describen los apartados evaluados con sus respectivas subdivisiones: Datos generales y/o demográficos, síntoma principal, historia de enfermedad actual, funciones orgánicas generales, interrogatorio por órganos, aparatos y sistemas, antecedentes no patológicos y patológicos, examen físico, examen neurológico, diagnóstico clínico, pronóstico y plan terapéutico.

El estudio se llevó a cabo en tres etapas: la primera consistió en la validación del instrumento, para esta se seleccionaron 12 expedientes con historia clínica, la segunda etapa fue la revalidación donde se evaluaron 100 HC de 302 expedientes elegidos al azar, con el objetivo de probar que el instrumento fuera funcional, completo y fácil de llenar y en la última etapa se revisaron 101 HC de 312 expedientes escogidos al azar.

Para el proceso de revisión en sala se solicitaron los expedientes de pacientes hospitalizados en ese momento, cada historia clínica fue revisada y cotejada con el modelo de HC previamente diseñado.

Los criterios de inclusión: Expediente clínico de paciente hospitalizado, de primer ingreso, paciente con más de 48 horas de hospitalización e HC legible. Los criterios de exclusión: HC de urgencia utilizada en medicina interna e HC ilegible.

En la fase final se encontraron 101 HC de las cuales 1 era ilegible por lo que se excluye de los presentes resultados. Los datos fueron procesados en Excel, la descripción de resultados se realizó en base a frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Los datos generales estaban presentes en las 100 HC, la edad fue consignada en las 100 historias y en menor frecuencia se anotó el lugar de elaboración, presente en sólo 15 HC.

La dirección o domicilio del paciente estuvo presente en 83 historias, sin embargo fue descrita de manera inespecífica e incompleta en 80 de estas. (Cuadro N°.1)

Cuadro N°. 1: Datos Generales encontrados en las historias clínicas revisadas en las salas de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Escuela

	Presente	Ausente
Edad	100	0
Religión	90	10
Estado Civil	88	12
Sexo	86	14
Ocupación	85	15
Escolaridad	83	17
Dirección	83	17
Fecha de Nacimiento	81	19
Fecha de Elaboración	73	27
Fuente de Información	71	29
Lugar de Nacimiento	67	33
Confiabilidad	62	38
Raza-Etnia	53	47
Historiador	53	47
Sala de Elaboración	15	85

El síntoma principal estuvo presente en 91 HC, descrito en lenguaje técnico y apropiado en 82 de estas. La Historia de la Enfermedad Actual (HEA) presente en 99 HC, la cronología de los síntomas o signos fue

descrita con mayor frecuencia en 95 en contraste con la evolución de los síntomas la cual estuvo presente en 9. (Cuadro N°. 2)

Cuadro N°. 2: Descripción de la Historia de la Enfermedad Actual

	Presente	%*	Ausente	%*
Cronología	95	96%	4	4%
Parámetros Semiológicos	93	94%	6	6%
Relación entre Signos y Síntomas**	92	93%	7	7%
Condicionantes, Atenuantes y Exacerbantes	42	42%	57	58%
Síntomas Negativos***	33	33%	66	67%
Tratamiento	29	29%	70	71%
Evolución	9	9%	90	91%

* Porcentaje en base a 99 HC donde se encontró la HEA. **Se refiere a la relación cronológica entre síntomas. ***Síntomas no presentes en el paciente que puedan orientar a ciertas patologías.

Funciones Orgánicas Generales (FOG) incluyó: sed 86%, apetito 85%, defecación 85%, micción 84% y sueño 83%, las que se mencionaron en 99 de 100 historias y se detallaron en 83% a 86%. El Interrogatorio por Órganos, Aparatos y Sistemas (IOAS) estuvo presente en 99 historias, sin embargo la información era incompleta en todas.

Los antecedentes personales no patológicos y patológicos se observan en el cuadro No. 3, es importante notar algunos aspectos en los antecedentes no patológicos; los hábitos del paciente se mencionaron en 85 de las historias pero incompletos en 82; las características del ambiente físico se mencionaron en 66 pero en todas incompletas; los antecedentes inmunobiológicos se mencionaron en 54 e incompletos en 50 de ellos; los

antecedentes ginecológicos y obstétricos de las 64 historias que correspondían a mujeres estaban presentes en 52 de estas. La dieta se menciona en 18 detallando en 5 el desayuno, almuerzo y cena. Se encontraron datos relacionados al parto en 14 historias, 1 con datos relacionados al nacimiento; se detalló la vida sexual del paciente en 8 HC y el desarrollo físico y mental se mencionó en 5 de las historias, pero se encontraba incompleto.

Cuadro N°. 3: Descripción de los antecedentes personales no patológicos y patológicos encontrados

	Presente	Ausente	Completo*		Incompleto*	
Hábitos	85	15	3	4%	82	96%
Ambiente Físico	66	34	0	0%	66	100%
Antecedentes Inmunobiológicos	54	46	4	7%	50	93%
Antecedentes Gineco-obstétricos***	52	12	0	0%	52	100%
Dieta	18	82	5	28%	13	72%
Nacimiento	14	86	1	7%	13	93%
Vida Sexual y Laboral	8	92	0	0%	8	100%
Desarrollo Físico y Mental	5	95	0	0%	5	100%
Antecedentes Hospitalarios, Traumáticos y Quirúrgicos**	98	2	7	7%	91	93%
Antecedentes Alérgicos**	95	5				
Enfermedad del Adulto**	94	6				
Enfermedad de la Infancia**	52	48				
Enfermedad de Transmisión Vertical y Horizontal**	24	76				

*Datos completos e incompletos en base a su apartado presente en las historias clínicas.

**Únicamente se registro presencia y ausencia.

***Antecedentes gineco-obstétricos de un total de 64 mujeres encontradas en las 100 historias clínicas revisadas

Los antecedentes familiares se mencionaron en 61 historias, en 95% la información estaba incompleta; la consanguinidad en primer grado se mencionó en 26, segundo grado 17 y tercer grado 7 (se encontró más de un grado de consanguinidad por HC), no se mencionó el grado de consanguinidad en 23 HC. La apariencia general estuvo presente pero incompleta en las 100 historias; los signos vitales incluyeron: presión arterial, frecuencia cardíaca, pulso, frecuencia respiratoria y temperatura, estos se mencionaron en 98 historias, en 38 estuvieron completos; las medidas de peso y talla se encontraron en 9 de las 100 historias.

Antecedentes personales patológicos: Los antecedentes hospitalarios traumáticos y quirúrgicos se establecieron en 98, pero su descripción era incompleta en 91 de ellas; los antecedentes alérgicos se consignaron en 95; las enfermedades del adulto estuvieron presentes en 94; las enfermedades de la infancia se mencionaron en 52 y las enfermedades de transmisión vertical y horizontal se encontraron en 24 historias.

Para los datos del examen físico por áreas anatómicas, detallándose los contenidos por órganos, aparatos y sistemas, se aplicaron las técnicas semiológicas en la evaluación del paciente: inspección y palpación pertinentes al examen físico de cabeza, ojos, nariz, boca y oídos, consignándose la inspección en más de 90 historias pero describiéndose incompleta, la palpación no se realiza en ojos, nariz, boca y oídos; la palpación en cabeza estaba presente en todas las historias consignada incompleta. (Cuadro N°.4.1)

Cuadro N°. 4.1 Evaluación del examen físico por áreas anatómicas: cabeza, ojos, nariz, boca y oídos

	Inspección				Palpación			
	P	A	C	I	P	A	C	I
Cabeza	100	0	0	100	80	20	0	80
Ojos	95	0	0	95	3	92	0	3
Nariz	91	0	0	91	11	80	5	6
Boca	98	0	0	98	1	97	0	1
Oídos	89	0	0	89	5	84	0	5

P: presente; A: ausente; C: completo; I: Incompleto

En relación a la evaluación del examen físico por áreas anatómicas; cuello, corazón, pulmón y abdomen, se destacaron la inspección y palpación que se realizaron con mayor frecuencia en cuello y abdomen, la percusión

no se realiza en ninguna de las regiones y la auscultación se hace en pulmón, corazón y en menor grado en abdomen, no obstante lo anterior en el 100% fue incompleto. (Cuadro N°. 4.2)

Cuadro N°. 4.2 Evaluación del examen físico por áreas anatómicas: cuello, corazón, pulmón y abdomen

	Inspección				Palpación				Percusión				Auscultación			
	P	A	C	I	P	A	C	I	P	A	C	I	P	A	C	I
*Cuello	88	1	0	88	84	5	1	83	-	-	-	-	7	82	5	2
Corazón	32	62	29	3	30	64	11	19	0	94	0	0	92	2	0	92
Pulmón	77	23	0	77	12	88	0	12	11	89	0	11	94	6	0	94
Abdomen	71	29	0	71	98	2	0	98	5	95	0	5	60	40	0	60

* Percusión no pertinente en cuello. P: presente; A: ausente; C: completo; I: incompleto

En forma general el examen físico del sistema linfoganglionar, músculo esquelético, piel y faneras, extremidades y genitales no se realiza. La palpación e inspección predomina en extremidades pero de manera incompleta. (Cuadro N°. 4.3)

El examen neurológico se mencionó en 98, pero en el 100% estaba incompleto, es de resaltar que el diagnóstico clínico se mencionó en 93, pero el plan terapéutico y el pronóstico no se consignaron en las 100 historias clínicas.

Cuadro N°. 4.3 Evaluación del examen físico por áreas anatómicas/sistémicas: Linfoganglionar, músculo esquelético, piel y faneras, extremidades y genitales

	Inspección				Palpación			
	P	A	C	I	P	A	C	I
Sistema linfoganglionar	0	0	0	0	0	0	0	0
Sistema musculo-esquelético	2	0	0	2	2	0	0	2
Piel y faneras	21	0	0	21	1	20	0	1
Extremidades	97	0	7	90	14	83	1	13
Genitales	28	9	0	28	6	31	0	6

P: presente; A: ausente; C: completo; I: incompleto

DISCUSIÓN

La HC continúa siendo herramienta fundamental para el diagnóstico de enfermedades. Se demuestra la baja frecuencia con que se realizan las HC en las salas de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Escuela, solo un tercio de los expedientes clínicos revisados contenían su respectiva HC, las cuales seguían el formato del instrumento utilizado en el presente trabajo, conteniendo información incompleta de pacientes que tenían estancia hospitalaria mayor de 4 días en promedio.

El Dr. Almendares y colaboradores (1978) demostraron que a la HC no se le da la importancia que merece⁽⁷⁾; en la actualidad siguen existiendo las mismas debilidades en nuestro medio. El Dr. Fernández y colaboradores refirieron sobre las dificultades que existen para la enseñanza de la Semiología, las competencias y habilidades para realizar una HC, deben ser adquiridas en el cuarto año de la carrera, por lo tanto alumnos de 5to, 6to y 7mo año deben tener la capacidad y habilidad de elaborarla de manera completa y adecuada, teniendo en cuenta que es un documento científico, legal, educativo y económico⁽⁷⁾.

La anamnesis en general es descrita de manera incompleta omitiendo datos que son relevantes al momento de establecer el diagnóstico.

Los datos generales de acuerdo a la evaluación estaban incompletos, lo que dificulta identificar plenamente al paciente. La dirección domiciliar del paciente es de importancia en aspectos epidemiológicos, en enfermedades infectocontagiosas como el VIH/SIDA o enfermedades malignas para el seguimiento y control. El nombre de la persona que realiza la HC estuvo presente en el 53%, sin mencionar el grado académico, este debe estar presente siempre con la intención de evaluar las competencias y habilidades del personal de salud.

El síntoma principal es difícil de evaluar por sí mismo, ya que no existe manera científica de hacerlo, por lo que sería apropiado realizar un consenso de profesores de la asignatura Introducción a la Clínica para aplicar parámetros objetivos de sensibilidad, valor predictivo positivo o negativo de este síntoma⁽¹⁵⁾.

La descripción de la HEA se consignó en forma confusa, no sigue un orden lógico en el tiempo y con ausencia en la mayor parte de la evolución de los síntomas lo que dificulta la interpretación de la información. En la HEA debe enfatizarse la descripción clara de la cronología, evolución, aplicación de características clínicas inherentes a los síntomas y signos, tratamientos recibidos, condiciones precipitantes, atenuantes y exacerbantes, así como en la ausencia de ciertos síntomas y signos “negativos” que podrían orientar hacia la epidemiología, fisiopatología o etiología del proceso actual del paciente.

Las FOG fueron las mejores descritas en las HC, sin embargo estas deben ser revisadas y evaluadas, considerando la repercusión que la enfermedad actual causa sobre estos o viceversa.

El IOAS se hace de manera mecánica e incompleta sin seguir un patrón lógico o analítico, constituyéndose en prolongación de la HEA, debería aplicarse después de completar toda la anamnesis y previo al examen físico con la intención de encontrar complicaciones ocultas de la patología actual del paciente o descubrir otros procesos que podrían estar presentes en el mismo.

No se da importancia a los antecedentes no patológicos relacionados; al nacimiento, vida o preferencia sexual para descubrir enfermedades, ejemplo las de transmi-

sión sexual. No hay detalles de la dieta, perdiéndose información del impacto de la condición nutricional en el proceso patológico del paciente o viceversa en enfermedades como el cáncer, diabetes mellitus u otras.

Los antecedentes familiares se registran en forma incompleta; teniendo en cuenta grados de consanguinidad para síndromes como el de Li-Fraumeni que fueron descritos en el interrogatorio de antecedentes familiares, siendo esta información importante para el estudio y comprensión del rol de la herencia en el desarrollo del cáncer⁽¹⁶⁾, anemia de células falciformes, hemofilia o enfermedades sistémicas inmunológicas.

En las enfermedades crónicas y/o degenerativas el correcto interrogatorio de los antecedentes familiares podría dar indicios para la investigación epidemiológica y científica en el país⁽¹⁷⁾, al no realizarse este interrogatorio se pierde información de importancia, por ejemplo desconocemos la relación de la genética en enfermedades como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares o enfermedades neurológicas degenerativas.

Uno de los problemas relevantes es la deficiencia en la realización del examen físico, este es fundamental para detectar signos que orienten al diagnóstico de manera objetiva, los estudiantes no ponen en práctica las técnicas semiológicas en forma sistemática, por ejemplo Rai, en 1975 creó una clasificación para la Leucemia Linfocítica Crónica ahora conocida como “Clasificación de Rai” haciendo énfasis en el examen físico, siendo este fundamental para dar valores pronósticos⁽¹⁸⁾.

Después de evaluar la información contenida en las historias cabe la pregunta ¿Cómo es posible establecer diagnósticos clínicos basados en datos cualitativos y cuantitativos incompletos?, como menciona el Dr. Membreño en su artículo “El difícil arte de enseñar cirugía”, el diagnóstico se basa en primer lugar en una buena y completa HC pero sobre todo orientada, de manera que no es posible establecer un diagnóstico apropiado sin una HC apropiada⁽¹⁹⁾.

Es obligación de catedráticos de las asignaturas Introducción a la Clínica I y II asegurarse que el estudiante desarrolle las habilidades y destrezas para elaborar una HC completa.

Al no capacitar al estudiante de manera adecuada su desempeño en años posteriores se verá afectado, por esto es imprescindible revisar los programas de estas asignaturas.

Cada día de retraso en el diagnóstico representa 2,465.00 lempiras diarios por paciente en el área médico quirúrgico del HE, (datos para el 2010)⁽²⁰⁾, de modo que la falta de diagnóstico clínico pertinente llevará a que el paciente permanezca hospitalizado más tiempo del que debería, llevando también a practicar exámenes innecesarios que representan un costo inadmisibles en un sistema de salud económicamente deficiente. Es necesario realizar HC de calidad tanto con fines científicos, asistenciales y administrativos, pues se convierte en instrumento de investigación clínica, asimismo con diagnósticos pertinentes se reducen los días hospitalarios por paciente, lo que a su vez bajan los costos, logrando un ahorro económico por parte de la Secretaría de Salud en beneficio de otros pacientes.

Como apunta el Dr. Almendares y colaboradores la HC debe ser mejorada para cumplir los fines científicos, legales, éticos y de investigación inherentes a esta, sí la HC es el bastión de la práctica médica no podemos progresar en la ciencia médica si no mejoramos la misma.

Conclusión:

La HC elaborada por estudiantes de la FCM-UNAH en salas de hospitalización de Medicina Interna del Hospital Escuela es incompleta, situación que conlleva al establecimiento de diagnósticos sin el fundamento adecuado. La falta de diagnóstico pertinente podría llevar a que el paciente permanezca hospitalizado más tiempo del necesario practicándole exámenes, procedimientos y estudios innecesarios o inadecuados, repercutiendo en mayor costo para los hospitales, para los pacientes, familiares y sociedad en general.

Recomendaciones:

Establecer un sistema de evaluación de la HC en el Hospital Escuela, basado en el instrumento desarrollado en esta investigación.

Revisar los contenidos del programa de asignatura Introducción a la Clínica, con énfasis en su metodología, papel del educando, del facilitador y sistema de evaluación.

Revisar los contenidos del programa de asignatura Introducción a la Clínica, con énfasis en su metodología, papel del educando, del facilitador y sistema de evaluación.

Establecer un sistema de revisión sistemática de las HC elaboradas en el principal centro hospitalario de Honduras.

BIBLIOGRAFIA

1. De la Prieta Millares V. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. *Panace@*.2002; 3(8):36-39.
2. History learning site [internet]. History of medicine, Hippocrates. [Actualizada 2011; Consultada el 19 de octubre del 2011]. Disponible en: [Http://www.historylearningsite.co.uk/Hippocrates.htm](http://www.historylearningsite.co.uk/Hippocrates.htm).
3. Martínez Hernández J. Historia Clínica. Servicio de medicina intensiva. Hospital Santa María del Rosell. *Cuad. Bioét.* 2006;XVII:57-68.
4. Díaz Novrás J, Gallego Machado BR. La utilización de la tecnología adecuada. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000; 16(4):319-21.
5. López-Picazo Ferrer JJ, Agulló Roca F, Villaescusa Pedemonte M, Cerezo Corbalán JM. Datos clínicos esenciales de la historia clínica de atención primaria: una experiencia de evaluación y mejora. *Aten Primaria.* 2002; 30(2):92-8.
6. Almendares Bonilla J, Hernández N, Calderón C. La historia clínica: análisis, perspectivas y alternativas. *Rev Méd Hondur.* 1978;4(1):8-12.
7. Fernández Vásquez JA, Cadillo F, Pérez G, Cruz B A, Menjivar A, Laínez V, et al. Análisis de los problemas en la enseñanza de la semiología médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. *Rev Méd Hondur.* 1995;63(2):52-56.
8. Fernández VJ, Parodi AJ, Panameño CO, Venegas ZR, Wong RM, González E, et al. Observación del modelo de historia clínica en los servicios hospitalarios de la Secretaría de Salud de Honduras. *Rev Fac Cienc Médi.* 2005;2(1):64-70.

9. Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Medicina Interna. Programa de introducción a la clínica (Semiología). Tegucigalpa, M.D.C. Honduras: UTES; 1995. p.1-127.
10. Argente HA, Alvares ME. *Semiología Médica: fisiopatología, semiotecnia y propedéutica: enseñanza basada en el paciente*. Buenos Aires: Medica Panamericana; 2006.
11. Bickley LS, Szilagyí PG. *Bates Guía de Exploración física e historia clínica*. 9ªed. Barcelona: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
12. Goic A, Chamorro G, Reyes H. *Semiología Médica*. 2ªed. Santiago, Chile: Mediterráneo; 1999: 321-378.
13. Suros Batlló A, Suros Batlló J. *Semiología médica técnica exploratoria*. 8ªed. España: Elsevier Mansson; 2001:1-57.
14. Llanio Navarro R, Perdomo Gonzales G. *Propedéutica y semiología médica*. La Habana Cuba: Ciencias Médicas; 2003. Tomo II: 309-331.
15. Harris M, Taylor G. *Medical Statistics Made Easy*. New York: Martin Dunitz Taylor and Francis Group; 2004:62-66.
16. Li FP, Fraumeni JK. Rhabdomyosarcoma in children: epidemiologic study and identification of a familial cancer syndrome. *J Natl Cancer Inst*. 1969; 43:1365-1373.
17. Sánchez JA, Castillo M, Guzmán OA, García SR, Cardoza JP, Sorto DC, Bulnes R. Frecuencia de enfermedades neoplásicas en familiares de pacientes con cáncer. *Rev Méd Hondur*. 2005;73:114-121.
18. Rai KR, Sawitsky A, Cronkite EP, Chanana AD, Levy RN, Pasternack BS. Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia. *Blood*. 1975;46(2):219-34.
19. Membreño A. El difícil arte de enseñar cirugía. *Rev Fac Cienc Méd*. 2010;7 (2):62-66.
20. Honduras. Hospital Escuela. Departamento de Contabilidad. *Datos Estadísticos 2010*. Tegucigalpa, Honduras: Hospital Escuela; 2011.