

CALIDAD DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADOS POR INTERNOS DE MEDICINA – UMSA LA PAZ 2017

QUALITY OF CLINICAL RECORDS PREPARED BY THE MEDICAL INTERNS - UMSA LA PAZ 2017

Flores Serna Antonio F.*

*Médico internista, Epidemiólogo Hospitalario, Fármaco epidemiólogo, Docente emérito UMSA

Correspondencia: anteflo@gmail.com

RECIBIDO: 18/09/17

ACEPTADO: 27/10/17

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La actividad del interno de medicina, considera como una práctica pre profesional, desarrollada en un contexto “real”, significando que los internos efectúan su capacitación con pacientes verdaderos. La elaboración de la Historia Clínica (H.Cl.) por lo tanto deberá contener la mejor información del paciente.

OBJETIVO: dirigida a identificar la calidad de la elaboración de las H.Cl. por los internos de medicina de la UMSA.

MATERIAL Y MÉTODO: El diseño corresponde a una investigación cuantitativa, observacional, longitudinal y analítica. Metodológicamente se efectuó el seguimiento a 8 internos durante el año 2015, revisando las H.Cl. que elaboraban durante sus diferentes pasantías en las especialidades de Medicina, Pediatría, Cirugía, Ginecología – Obstetricia, constituyendo un total de 64 expedientes clínicos, 8 por interno. Para la evaluación de la calidad de las H. Cl. se utilizó una plantilla con cinco tópicos, cuya validación se desprendió del procedimiento empleado en las auditorías internas utilizadas en los hospitales.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN: Solo 19 H.Cl. lograron la categoría de aceptables (29,7 %), frente a las otras dos categorías 15 H.Cl. fueron catalogadas como insuficientes (23,4 %) el resto de las historias clínicas 30, adolecían de varios defectos que se las califico como inaceptables (46,9 %). SE puede señalar que solo tres de diez H.Cl. fueron elaboradas apropiadamente, adicionalmente cerca de la mitad del total de los documentos fueron apuntadas como inaceptables, reflejando la las H.Cl. fueron elaboradas de manera impropia, catalogadas como de mala calidad

CONCLUSIONES: La evaluación sobre la calidad de las H.Cl. permitió identificar y poner de manifiesto la presencia de una brecha marcada entre el propósito ideal buscado por el plan de estudios de la carrera y el producto final como parte del proceso de profesionalización.

PALABRAS CLAVE: redacción de historia clínica, calidad de la historia clínica, desempeño.

ABSTRACT

INTRODUCTION: *The medical intern activity, considers as a pre-professional practice, developed in a "real" context, meaning that the interns carry out their training with real patients. The elaboration of the Clinical Record (H.Cl.) should therefore contain the best patient information.*

OBJECTIVE: *aimed at identifying the quality of the elaboration of H.Cl. by the medical interns of UMSA.*

MATERIAL AND METHOD: *The design corresponds to a quantitative, observational, longitudinal and analytical investigation. Methodologically, 8 interns were monitored during 2015, reviewing the H.Cl. that they elaborated during their different internships in the specialties of Medicine, Pediatrics, Surgery, Gynecology - Obstetrics, constituting a total of 64 clinical files, 8 per intern. For the evaluation of the quality of the H.Cl. A template with five topics was used, whose validation was detached from the procedure used in the internal auditing used in the hospitals.*

RESULTS AND DISCUSSION: *Only 19 H.Cl. achieved the category of acceptable (29.7%), compared to the other two categories 15 H.Cl. were classified as insufficient (23.4%) the rest of the clinical histories 30, suffered from several defects that were classified as unacceptable (46.9%). It can be noted that only three out of ten H.Cl. were elaborated appropriately, additionally close to half of the total of the documents were pointed out as unacceptable, reflecting the H.Cl. were improperly elaborated, cataloged as of poor quality*

CONCLUSIONS: *The evaluation on the quality of H.Cl. allowed identifying and highlighting the presence of a marked gap between the ideal purpose sought by the major curriculum and the final product as part of the professionalization process.*

KEYWORDS: *Writing of clinical records, quality of clinical record, performance.*

INTRODUCCIÓN

La formación profesional del médico en Bolivia, se realiza bajo el modelo elaborado por Abraham Flexner, quien diseñó el plan curricular en Norte América a principios del siglo veinte,^{1, 2} que mantiene su vigencia en muchos países de las Américas, divide la carrera de Medicina en ciclos de materias: morfológicas, fisiológicas, patológicas y ciclo clínico, culminado la formación con el llamado Internado Rotatorio, curso donde se realiza la práctica pre profesional, cuya característica máxima es el de contacto con pacientes reales. En el paradigma flexneriano está el concepto de lograr la integración de las ciencias básicas con las ciencias clínicas, exige el estímulo del aprendizaje activo, en el presente correspondería al llamado constructivismo, donde se consideran aspectos tanto históricos como culturales del medio donde se desempeñará el futuro médico, con el argumento central de una educación guiada y conducida con perspectivas sobre el desarrollo humano, permitiendo que se produzca un desarrollo integral del estudiante.

Este primer paradigma dentro de la educación médica, fue seguido por otros dos,³ el paradigma

crítico y el paradigma tecnológico. El segundo "paradigma crítico" denominado así porque aporta observaciones a las proposiciones de Flexner, incluye los determinantes de la salud y la enfermedad, se reconocen a los factores económico, social y político como partes de la naturaleza de los procesos salud-enfermedad y de las formas de estratificación social. Entre los elementos más apreciables del "paradigma crítico" se destacan: importancia de la atención primaria fundamental estrategia para la promoción, prevención y recuperación de la salud - tendencia a los tratamientos en domicilio de determinadas enfermedades - procurar de la disminución de la estancia hospitalaria - jerarquía de los aspectos administrativos de los servicios médicos - introducción de la tecnología como parte activa del aprendizaje y ejercicio médico.

La introducción de la tecnología, permite el arranque del tercer paradigma, de ahí el nombre "paradigma tecnológico". A fines del siglo XX y en la última década, la tecnología ha incursionado en el campo educativo, haciendo que la formación profesional sea más eficiente, económica, rentable y de aplicación práctica. Por ejemplo el

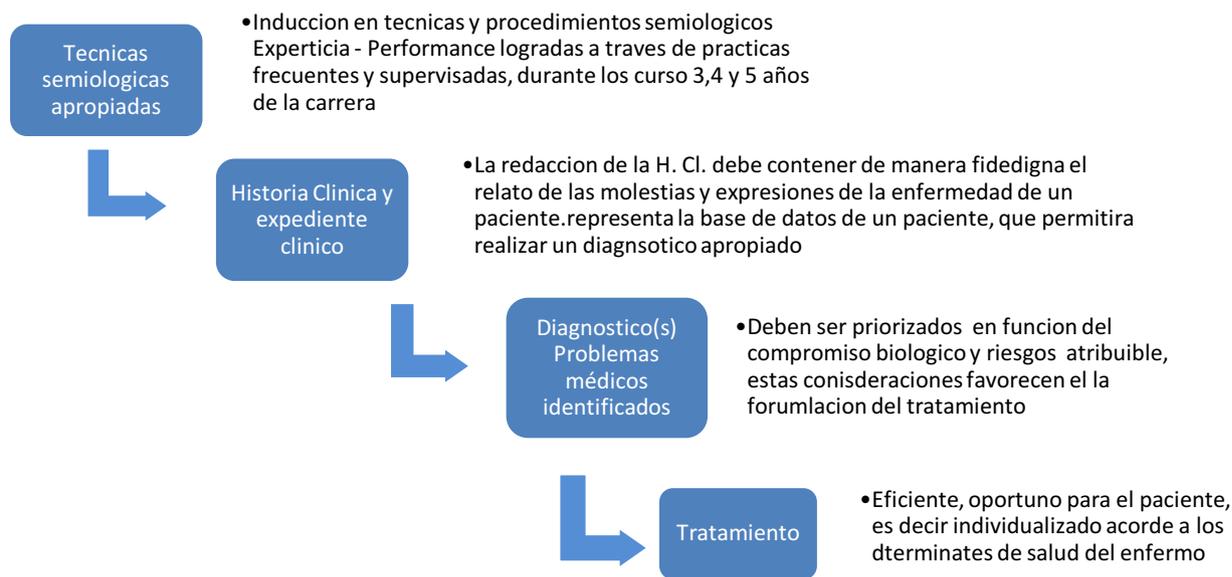
uso de las TICs permite un acceso a la información actualizada de manera fácil (bibliotecas virtuales) surge el formato electrónico de la H.Cl.⁴, que facilita el almacenamiento y organización de la información del enfermo.

El aprendizaje de la H.Cl. se imparte en la asignatura de Semiología clínica, que contempla las técnicas y procedimientos que realiza el médico durante su práctica habitual, esta asignatura induce a los estudiantes proporcionando técnicas sobre la anamnesis, búsqueda de signos que justifiquen y se vinculen con los datos logrados en el interrogatorio⁵, esta capacitación incluye el realizar diagnósticos: sindrómico y clínico, adicionalmente dos a tres diagnósticos diferenciales, el propósito de esta hermenéutica

es incentivar la habilidad y el desarrollo del juicio clínico⁶. La repetición de esta actividad en los cursos inmediatos superiores de las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, añade nuevos conocimientos y se amplían los recursos semiológicos, que serán aplicados en el internado rotatorio⁷.

El acto médico que se ejecuta en la práctica habitual, de manera sucinta comprende: interrogatorio – examen clínico – suposiciones diagnósticas – propuesta de exámenes complementarios – terapéutica inicial. Para lograr este proceso, durante la formación profesional se suscitan pasos que se detallan en el cuadro siguiente: (fig. 1)

FIGURA N° 1
PASOS SUCESIVOS DEL ACTO MEDICO



Fuente: *Elaboración propia*

Toda la información lograda en el acto médico, queda plasmada en la “Historia Clínica” (H.Cl.) poniendo en claro la importancia de la H.Cl. y manejo del expediente clínico, ambos realzan su nivel jerárquico, al margen de la utilidad para el paciente, es un instrumento que da beneficio del interno siempre y cuando se realicen revisiones y análisis crítico del trabajo efectuado, como partes de acciones de metacognición, certificando la expresión “aprender haciendo”, que culminara en el desarrollo de un pensamiento lógico aplicable

en un acto médico, que implica capacidad para entender y comprender todo lo efectuado en la atención de un paciente⁸.

Reconocida la importancia de la H.Cl., también existen dificultades para que los internos puedan redactar H.Cl., cuyo origen se relaciona con los derechos de los pacientes, que a través de señalar la integridad física, dignidad, libertad de decisión, cuidar la intimidad, derecho al consentimiento informado. Estos elementos han generado restricciones en muchos centros de

enseñanza a que los internos hagan las H.CI., la situación se agrava por problemas de índole legal vinculados con problemas con pacientes. En esta situación llega a ser una necesidad imperiosa conocer cuál es la calidad de las H.CI. que están redactando los estudiantes en su último curso de la carrera de medicina, frente a esta interrogante postulamos la siguiente hipótesis: en el presente la calidad de las H.CI. elaborada por los internos de la UMSA no es la adecuada.

OBJETIVO

Valoración de la calidad de las historias clínicas elaboradas por los internos de la Carrera de Medicina de la UMSA en la gestión 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de una investigación dentro del paradigma educativo, de tipo cuantitativo, observacional, longitudinal y analítico. La metodología empleada contempla la revisión de 64 expedientes clínicos durante el año 2015, correspondiendo 16 por cada una de las especialidades básicas por donde se realizan las pasantías del internado rotatorio, Medicina, Pediatría, Cirugía, Ginecología – Obstetricia; no se consideró a la pasantía de Salud Pública, en razón de la imposibilidad de tener acceso a los expedientes clínicos. Se utilizó el programa SPSS versión 20 para el análisis de los datos.

La selección de los participantes, en un inicio hubo dificultades por negativas de los estudiantes argumentando excesivo trabajo, esto determinó un retraso en los primeros meses de la gestión. Cuando el primer grupo terminó su pasantía de Salud Pública, se realizó una nueva invitación abierta, en esta oportunidad la respuesta obtenida fue más favorable, aceptando la propuesta 11 estudiantes, debido a que se debería comparar dos grupos, uno con actividades en hospitales públicos y otro en el sistema de la seguridad social se redujo el grupo a 8 estudiantes, correspondiendo 4 a cada tipo de hospital.

La característica de la etapa de observación de

las H.CI. en las diferentes grandes rotaciones, fue a través del seguimiento a esos ocho internos en todas sus rotaciones, estrategia fundamentada en el hecho de que las pasantías en las grandes rotaciones se dan cada dos meses (8 semanas), excepto en la pasantía de Ginecología y Obstetricia, en la cual la duración es de 3 meses, en esta situación se hizo cada 10 días. El procedimiento fue revisar una H.CI. cada semana, escogida al azar, hasta completar un número de ocho, elaborada por los participantes, la indagación consistió en revisar las historias clínicas, aplicando una plantilla de lista chequeo de ítems, con cinco tópicos: Motivo de consulta - Anamnesis centrada en la enfermedad actual - Examen físico - Diagnóstico presuntivo - Terapéutica sugerida, se identificaba si se aplica o no el procedimiento señalado. Para la escala de calificación, se limitó puntualizar la calidad en: H.CI. aceptable si cumplía los cinco criterios, insuficiente si cumplía con cuatro de los criterios, se definida como inaceptable si solo tenía tres o menos criterios.

En cada una de las historias clínicas revisadas, se procedió a la observación de aspectos de calidad relacionados con la redacción, utilización de acrónimos, empleo de términos técnicos, elementos que permiten detectar particularidades sobre el manejo del instrumento. Con relación a la validación del modelo de evaluación, se recurrió a un formato con elementos que se aplican en las auditorías médicas internas para analizar la calidad de una historia clínica, señalados en la Norma Nacional en sus páginas 18 a 23⁹.

La plantilla mencionada como instrumento para esta evaluación consistió en una lista de verificación de requisitos, diseñada expresamente para esta actividad, la exigencia al procederse a la revisión, de cada H.CI. radicaba en verificar la coherencia existente en los criterios indicados, es decir que cada uno de esos criterios debería guardar estrecha relación, secuencia y coherencia entre sí. La cartilla utilizada fue la siguiente:

CARTILLA PARA EL REGISTRO DE DATOS AL EVALUAR UNA HISTORIA CLÍNICA

Criterio	aplica	no aplica	
1. Motivo de consulta: Utiliza expresiones del paciente – uso de acrónimos – coloca varios motivos.			
2. Enfermedad actual: el contenido tiene vinculación con punto 1 – es un relato cronológico – utiliza lenguaje técnico – señala funciones biológicas – efectúa anamnesis por sistemas			
3. Examen físico: incluye signos vitales – describe estado general – la exploración tiene relación con datos señalados en los puntos 1 y 2 – señala datos positivos y negativos vinculados con punto 2.			
4. Diagnóstico presuntivo: están basados y coherentes con los puntos 1, 2 y 3 – tipo de diagnóstico – señala diagnósticos diferenciales con vínculo al diagnóstico presuntivo – utiliza CIE 10			
5. Terapéutica sugerida: esta sistematizada – señala régimen higiénico dietético y medidas generales concordantes con el cuadro clínico – consigna nombres genéricos de los medicamentos – dosis, vía, frecuencia de uso – enuncia pruebas auxiliares de diagnóstico			
Calificación N° de criterios	5 = Aceptable	4 = Insuficiente	= o < 3 Inaceptable

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

La revisión de las 64 historias clínicas, a través del seguimiento en diferentes periodos de tiempo, que correspondía a instancias de momento de estar efectuando la pasantía en la misma especialidad, con la finalidad de evitar sesgos tanto del autor como de la adquisición de experiencia, ocho estudiantes aceptaron ser participantes, estaban en su segunda rotación (La primera rotación fue de Salud Pública), la evaluación prosiguió hasta su última rotación.

Posterior a la evaluación de cada historia clínica con los criterios definidos (motivo de consulta, anamnesis, examen físico, diagnóstico y terapéutica sugerida), bajo los puntos clave que determinaban la apreciación de si se calificó como que aplica o no el parámetro en la revisión de las H.CI. los datos logrados están consignados en el cuadro N° 1. Es posible apreciar en relación a la catalogación de si aplican o no los registros en función de la evaluación a los diferentes tópicos, una mínima superioridad a favor de las historias clínicas observadas en el hospital público.

CUADRO N° 1

COMPARATIVO DE PARÁMETROS EVALUADOS EN LA HISTORIA CLÍNICA, DIFERENCIANDO EL HOSPITAL DONDE SE EFECTUÓ EL INTERNADO ROTATORIO

Parámetro	Hospital Público			Hospital seguro social		
	N° H. CI.	Aplica	No aplica	N° H. CI.	Aplica	No aplica
Motivo de consulta	32	29	3	32	28	4
Anamnesis	32	20	12	32	19	13
Examen físico	32	20	12	32	19	19
Diagnóstico emitido	32	27	6	32	25	7
Tratamiento propuesto	32	18	14	32	20	12
Media		22,8	9,4		22,2	11

Procediendo a la categorización de la calidad de las historias clínicas, como aceptable, insuficiente e inaceptable, se procedió en primera

instancia a observar en forma discriminada por la procedencia de hospital, y en otra en forma conjunta. Observando los hallazgos de las H.

Cl. del hospital público el 31,3 % (10/32) fueron calificadas como aceptables, insuficientes 18,8 % (6/32) como inaceptables el 50,0 % (16/32). Cuadro N° 2

CUADRO N° 2
CALIDAD DE REDACCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS

Calidad de la Historia Clínica en Hospital Público	n	%
Aceptable (tiene los 5 criterios)	10	31.3
Insuficiente (tiene 4 de los criterios)	6	18.8
Inaceptable Tienen 3 o menos criterios)	16	50.0
TOTAL	32	100

La observación surgida sobre las H.Cl. del hospital de la Seguridad Social revela que el 28,1 % (9/32) fueron calificadas como aceptables,

insuficientes 28,1 % (9/32) y como inaceptables el 43,8 % (14/32). Cuadro N° 3.

CUADRO N° 3
CALIDAD DE REDACCIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS EN HOSPITAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Calidad de la Historia Clínica	n	%
Aceptable (tiene los 5 criterios)	9	28.1
Insuficiente (tiene 4 de los criterios)	9	28.1
Inaceptable Tienen 3 o menos criterios)	14	43.8
TOTAL	32	100

Obteniendo la media y la desviación interna sobre los datos en cada uno de los grupos, que muestran valores con medias prácticamente iguales y con una mínima variación en la desviación estándar.

GROUP STATISTICS					
	Hospital donde se elaboraron las Historias Clínicas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Calidad de elaboración de las H.Cl. valor máximo 15	Hospital Público	32	12.8750	2.04387	.36131
	Hospital Seguridad Social	32	12.8125	1.97464	.34907

Con estos resultados dados por los grupos, surgió la incertidumbre de cual grupo fue el que tuvo mejor desempeño con las H.Cl., se despejo recurriendo a la prueba del test T student con una p 0,05 (valor de significancia), elaborando las dos hipótesis:

- H0: No existen diferencias significativas en la calidad de la elaboración de las H. Cl. según el hospital donde se elaboraron, con un nivel de confianza del 95 %.
- H1: Existen diferencias significativas en la calidad de la elaboración de las H. Cl. según el hospital donde se elaboraron,

Realizada la prueba con el programa SPSS 21, en obteniéndose un valor de 0,12; lo que permite mantener la H0 de que no hay variación, catalogándose la calidad de las H.Cl. en ambos grupos como similar y sin diferencias.

The t-value is 0.12441. The p-value is .901397. The result is not significant at $p < .05$.

El consolidado total de la identificación para las

H. Cl. consideradas como aceptables, frente a las otras dos categorías como inadecuadas e inaceptables, evidencia que solo 19 de los documentos tuvieron la calificación de aceptables (29,7 %), otras 15 H.Cl. fueron catalogadas como insuficientes (23,4 %) el resto de las historias clínicas 30, adolecían de varios defectos que se las califico como inaceptables (46,9 %). En el cuadro N° 4 se muestran los detalles expresados:

CUADRO N° 4
CALIDAD DE REDACCIÓN EN EL TOTAL DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS ELABORADAS POR LOS INTERNOS DE MEDICINA

Calidad de la Historia Clínica	n	%
Aceptable (tiene los 5 criterios)	19	29.7
Insuficiente (tiene 4 de los criterios)	15	23.4
Inaceptable Tienen 3 o menos criterios)	30	46.9
TOTAL	64	100

DISCUSIÓN

La adquisición de habilidades clínicas durante la formación profesional de un médico, está determinada por la articulación de los

conocimientos teóricos sobre determinadas enfermedades asimiladas en las clases teóricas, y un aprendizaje paralelo de procedimientos y técnicas senológicas, que requieren de innumerable número de horas de capacitación. La práctica de la Medicina a más de su carácter de ciencia, también posee una parte de arte, Existe la tendencia reduccionista de considerar al ser humano como un aparato o sistema u órgano enfermo, abstrayéndolo de su realidad y reduciendo la cualidad humana a estrictos aspectos y factores de orden biológico-natural (síntomas signos y síndromes)¹⁰.

Contrariamente hay la propensión en todas las corrientes del saber humanístico, de observar al humano como un ser social, con determinadas condiciones de vida y trabajo, según la clase social a la que pertenece, situación que llega a ser muy compleja en nuestro país con la variedad de etnias¹¹. La consideración de la salud y enfermedad dentro de un entorno social, cultural, económico y hasta político se ha venido a denominar factores determinantes de la salud¹².¹³. Las observaciones precedentes se incluyen en función de que al elaborar una historia clínica, es imprescindible tener en consideración esos factores determinantes de la salud.

La base y sustento del diagnóstico de una enfermedad está en la información contenida en la **historia clínica**, por lo tanto se constituye en el elemento más importante para resolver problemas médicos, porque a partir de este documento se puede emitir un diagnóstico preciso, que tiene implícito que sea de calidad. El conocimiento sobre las enfermedades es el otro elemento necesario, que está unido a la preparación cognoscitiva. Reiterando sobre la importancia de la Historia Clínica, Renau J. & Perez Salinas comentan que la H.CL. es la piedra angular de todo sistema de información hospitalaria, siendo necesario conocer su calidad, sobre la ase de revisiones con exigencia de auditoria¹⁴.

Centrando nuestra atención en la "calidad" de las H.Cl. no se dispone de estudios nacionales al respecto, la información lograda con la presente investigación revela los siguientes hechos. El factor de donde se efectuó el Internado Rotatorio, no muestra diferencia sobre criterios

de aceptabilidad o no, ya que la media lograda en el hospital público fue de 22,8 y la de la seguridad social de 22,2. Existen gráciles diferencias de la calidad al tomar en cuenta la categorización (aceptable – insuficiente – inaceptable) aquellas H.Cl. realizadas en el sistema público calificación como aceptables 31,3 % (10 de 32) y en el de la seguridad social el 28,1 % (9 de 32). La proporción de H.Cl. no aceptables realizadas en hospital público fue de 50 % y en la seguridad social de 43,8%. Esta diferencia suscita a incertidumbre, que se despejo con la utilización de la "t student" valor obtenido de 0,12, que permite mantener la H0 de que "no" hay variación, catalogándose la calidad de las H.Cl. en ambos grupos como similar y sin diferencias.

El consolidado del total de las H.Cl. consideradas como aceptables fue de 19 documentos que equivale al 29,7 %, 15 fueron catalogadas como insuficientes (23,4 %) y las 30 restantes consideradas como inaceptables (46,9 %). Lo que demuestra que solo tres de diez H.Cl. fueron elaboradas apropiadamente, adicionalmente cerca de la mitad del total de los documentos fueron apuntadas como inaceptables, reflejando la las H.Cl. fueron elaboradas de manera impropia, por ende de mala calidad.

La evaluación de H.Cl. en los servicios de hospitalización, emergencias y consulta externa realizada por Losada Hernández y colaboradores¹⁵ comenta observaciones a los documentos en los servicios de emergencias no hacían epicrisis, en la consulta externa la carencia de revisión por sistemas. Asevera en el trabajo ausencia de defectos en las H.Cl. de los pacientes hospitalizados, resultado de la supervisión internas durante los pases de visita. En nuestro contexto, denuncias sobre mala praxis médica han provocado que las H.Cl. elaboradas por los no sean incluidas en el expediente clínico de los pacientes, este hecho podría ser el causante de la reducción de la supervisión sobre los contenidos de las H.Cl. llevando a una disminución de la calidad.

La realización de las prácticas en escenarios reales donde se alcanzan los objetivos de la formación, al ser el medio idóneo para establecer la relación teórico-práctica, se constituye en

la enunciado máximo para el aprendizaje y consolidación de conocimientos y habilidades, facilitando el desarrollo de las capacidades para recopilar datos, resumir la información y elaborar la historia clínica, llegar a un diagnóstico, incluyendo una supervisión y control esmerados¹⁶. La observación citada está demostrando que es recomendable que realice análisis periódicos de todo lo que hace un interno, proceso que sirve de “retroalimentación”, este desarrollo de acciones de introspección, que al ser vinculadas con el conocimiento, llegan a ser procesos de la “metacognición”¹⁷.

A nuestro criterio la redacción de la H.Cl. constituye una tarea intelectual con alta exigencia, en razón de procesos mentales evocatorios de conocimientos sobre enfermedades que se activan durante el interrogatorio y la exploración médica, asociados simultáneamente a la toma de decisiones en lo referente a un diagnóstico, selección de pruebas complementarias y elección de un tratamiento individualizado. Toda esa dinámica expuesta, para que se logre se manera eficaz, exige de una supervisión directa por parte de los docentes del internado.

Un estudio que indaga si el entrenamiento con pacientes simulados ayuda al aprendizaje para la realización de la historia clínica en el primer curso de la carrera¹⁸, comunica que la calidad de sus historias fue de 8,2 sobre 10, concluye que un contacto temprano con la clínica a partir del aprendizaje basado en la simulación podría mejorar la formación. Estas apreciaciones deberían ser consideradas en nuestro medio, con la intención de procurar inducir a los estudiantes a desarrollar habilidades sobre la redacción de la H. Cl. en forma temprana, lo que significa desde el inicio de la carrera.

El acto médico, como proceso durante la práctica profesional habitual a nivel de instituciones se reduce al tiempo de 15 minutos (por señalamiento de entidades superiores - ministeriales), por lo tanto la destreza que debe adquirir el futuro médico, debe estar bien consolidada y ser continuamente mejorada. Para lograr en 15 minutos, una entrevista al paciente (fase de anamnesis), proceder con una revisión médica (paso del examen clínico) luego proceder

con una etapa de razonamiento en el cual se contrasta toda la información lograda con los conocimientos adquiridos sobre enfermedades, señalar que enfermedad padece el paciente y finalmente explicar cómo se procederá con ella (fase de diagnóstico y terapéutica) resulta poco tiempo, a menos que su entrenamiento haya sido muy bien desarrollado.

En aquellas situaciones, cuando se desconoce o no se puede llegar a un diagnóstico, no se encuentra una solución oportuna, es necesario proceder con explicaciones acertadas y buscar la colaboración de otros especialistas, mientras se hacen más investigaciones en busca de la enfermedad, para iniciar el tratamiento adecuado, este accionar requiere de sinceridad. Frente a esta situación es posible utilizar la expresión latina *primum nil nocere o primum non nocere*, que traducido al castellano significa “lo primero es no hacer daño” (atribuida a Hipócrates). Se trata de una máxima que se aplica a todos los actos en el campo de la medicina, por lo tanto es un principio en el accionar médico el no hacer daño al prójimo¹⁹.

CONCLUSIONES

Se pone de manifiesto la presencia de una brecha marcada entre el propósito ideal buscado por el plan de estudios de la carrera y el producto final del profesional logrado al culminar la carrera, los resultados sobre la calidad de las historias clínicas, muestran que tan solo un 29,7 % fueron consideradas como tal, lo que significaría que una de cada tres historias es aceptable; no existe diferencia en la calidad que dependa si fue hospital público o de la seguridad social donde hicieron las H. Cl.; finalmente es llamativo que cerca de la mitad (46,9 %) de las H.Cl. fueron calificadas como inaceptables.

Es posible concluir sobre la base de los resultados que evaluaron la calidad de la elaboración de la H.Cl, obedece a una problemática de formación profesional, cuya etiología precisa por el momento no es posible señalar, sin embargo debe inquietar a las autoridades académicas, debido a que la H.Cl. es un instrumento de capital importancia en el cuidado de los pacientes, los argumentos expuestos son suficientes, al indicar que sobre la base de la H.Cl. establece el

diagnóstico presuntivo y se planifican las pruebas de diagnóstico auxiliar y la terapia.

Las anomalías identificadas, repercutirán de manera negativa y con el riesgo de poner en inseguridad la vida de los pacientes que vayan a atender en el futuro, que contradice con el

principio médico de “*primum non nocere*”. Es un atributo de las autoridades facultativas el hacer las diligencias necesarias para definir si las observaciones presentadas son una realidad transitoria o un hecho permanente, que de acuerdo a lo que determinen se debe proceder a la enmienda de las observaciones existentes.

REFERENCIAS

1. Navarro Robles, J. (2004). *Scielo Gaceta Medica de Mexico vol. 140 N° 1 Ene/Feb 2004*. Recuperado el 5 de junio de 2017, de *La Herencia de Flexner. Las ciencias basicas, el hospital, el laboratorio la comunidad*: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000100009
2. Flexner, A. (1910 - Reproduced in 1972). *Medical Education in the United States and Canada*. Recuperado el 5 de junio de 2017, de *A Report to the carnegie foundation for the advancement of teaching*: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf
3. Pinzón, C. E. (2008). *Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamerica. Educación y Práctica de la Medicina*, 33 - 41 .
4. Gonzalez Cocina, E., & Perez Torres, F. (Junio de 2007). *Revista Española de Cardiología Supl.* 2007:7(C) 37 - 46 Vol 7 Num. supl C. Recuperado el 10 de octubre de 2017, de *Historia Clínica electronica. Revision y analisis de la actualidad.*: <http://www.revespcardiol.org/es/la-historia-clinica-electronica-revision/articulo/13108426/>
5. Judge, R. D., & Zudeima, G. (1977). *Examen clínico con enfoque fisiológico*. Buenos Aires - Argentina: El Ateneo.
6. Gabriel, R., & Gabriel, C. (1988). *Medical list for examinations*. London - Great Britain: Anchor Brendon LTD.
7. McGee, S. (2012). *Evidencebased physical diagnosis*. Philadelphia U.S.A: Elsevier.
8. Rodríguez López, A. J., Valdés de la Rosa, C., & Salellas Brínguez, J. (2013). *La adquisición de habilidades de razonamiento clínico en estudiantes de la carrera de Medicina*. *Revista Humanidades médicas Vol 13, N° 1 enero - abril Ciudad de Camaguey.* , 72 - 87.
9. *Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Serie de Documentos técnicos normativos N° 63. (2008). Manual de Auditoria y Norma Técnica. La Paz - Bolivia: Unidad de Servicio de Salud y Calidad. Dirección General de Salud MS y D.*
10. Diaz Berenguer, A. (2015). *Que significa una medicina más humana*. *Archivos de Medicina Interna del Uruguay*, 83 - 86.
11. Salazar Holguin, H. D. (s.f.). *Historia y Filosofia de la medicina - Gaceta Medica de Mexico Vol 134 N° 2*. Recuperado el 4 de junio de 2017, de *Epistemología y Medicina*: http://www.anmm.org.mx/bgmm/1864_2007/1998-134-2-217-227.pdf
12. *62ª Asamblea Mundial de la Salud. Puntos 12.5 del orden del día. (15 de septiembre de 2017). Reucir las inequidades sanitarias acuando sobre los determinantes sociales de la salud. Obtenido de Resolución WHA62/R14 de la Asamblea Mundial de la Salud (pdf 62kb) : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1*
13. Vilar Aguirre, M. (2011). *Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevencion*. *Acta Medica Peruana. Version On-line ISSN 1728-5917. Act. méd.peruana v.28 n.4 Lima oct/dic. 2011, 237 - 241.*
14. Renau, J., & Perez Salinas, I. (17 de septiembre de 2017). *Evaluación de la calidad de las historias clínicas* . Obtenido de *Papees Medicos. 2001; 10 (1): 32-40 Formacion Continuada*: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4ca0a8f8d9013pm-10-1-006.pdf>

15. Losada Hernandez, G. A., & Obando Bravo, E. A. (17 de septiembre de 2017). Evaluación de la calidad de las historias clínicas en los servicios de urgencias, hospitalización y consulta externa en la "ESE Hospital Municipal de Algeriras. Obtenido de Universidad SurColombiana. Facultad de Salud. Neiva - Huila 2009: <https://contenidos.usco.edu.co/images/documentos/grados/T.G.Medicina/300.T.G-German-Andr%C3%A9s-Losada-Hernandez,-Edgar-Andr%C3%A9s-Obando-Bravo-2009.pdf>
16. Borrell, M. R. (10 de septiembre de 2017). La educación médica en America Latina. Obtenido de Aula virtual Regional Epistemología y Paradigmas: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/86391/mod_resource/content/0/Modulo_I/Capitulo_EM_para_libro_de_Rosario.pdf
17. Barros da Silva, W., & Delizoicov, D. (2008). Scielo Cuba - Rev Hum Med [online]. Vol 8 2008. Recuperado el 4 de junio de 2017, de Reflexiones epistemológicas en las ciencias de la salud: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v8n2-3/hmc010208.pdf>
18. Rodríguez Díez, M. C., Beunza, J., López Del Burgo, C., & Civeira Murillo, M. P. (15 de septiembre de 2017). Aprendizaje de la Historia Clínica con pacientes simulados en grado de Medicina. Obtenido de Educ Med 2012; 15 (1): 47-52: <http://www.unav.edu/documents/29044/2996238/aprendizaje-historia-clinica.pdf>
19. Rivero Wber, P. (2006). Seminario sobre el Ejercicio actual de la Medicina. Recuperado el 4 de junio de 2017, de ¿aprender medicina o aprender a ser médico?: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/mar02_ponencia.html