

ARTÍCULO ORIGINAL**Errores más frecuentes en historias clínicas cometidos por estudiantes de tercer año de Medicina****Medical records. Most common mistakes made by third-year students of Medicine**

María Agustina Favier Torres, Lissette Cristina Dorsant Rodríguez, Caridad Franklin Santel, Juana Garbey Calzado, Delia Sotomayor Oliva

Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo, con el objetivo de describir los errores más frecuentes cometidos por los estudiantes de tercer año de la carrera de Medicina, durante la confección de la historia clínica en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto", de la provincia Guantánamo, durante el primer semestre del curso escolar 2013-2014. Se auditaron 33 historias clínicas individuales. Los errores mayormente encontrados en la anamnesis fueron los relacionados con la HEA e interrogatorio por sistemas; y en la exploración física, los concernientes al examen de los sistemas respiratorio y nervioso. Se concluyó que no hay supervisión sistemática a las historias clínicas por parte de los profesores.

Palabras clave: historia clínica; anamnesis; exploración física; sistemas

ABSTRACT

A retrospective, longitudinal study was conducted with the aim of describing the most common mistakes made by students of third year medical career during the preparation of the MR at the General Teaching

Hospital Dr. Agostinho Neto of the Province Guantanamo, during the first semester of school year 2013-2014. 33 different MR were audited. Mostly errors found in the anamnesis were related to the HEA and interrogation systems; and physical examination, concerning the examination of the respiratory and nervous system. It was concluded that there is no systematic monitoring at MR by teachers

Keywords: medical history; medical history; physical examination; systems

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica (HC) tiene sus orígenes desde que Thomas Sydenham, el Hipócrates inglés, sentó las bases de la medicina clínica, es decir, el estudio de los síntomas y de los signos mediante un método empírico y de observación.^{1,2} Es considerada como el documento más importante después del enfermo, que juega un importante papel en la formación del alumnado, como la disciplina más doctrinal y con mayor proyección formativa.¹

La historia clínica individual, también conocida como expediente clínico, es un documento médico legal donde son recogidos todos los aspectos relacionados con el proceso salud-enfermedad de un paciente específico; y son utilizadas en los servicios de salud en los tres niveles de atención médica, con sus respectivas particularidades.³

Este documento, de carácter asistencial, ético y médico-legal, brinda la clave principal del diagnóstico de cualquier enfermedad y además orienta hacia la verdadera causa de la lesión una vez encontrada², pero lo cierto es que se observa con frecuencia un deterioro progresivo en la calidad de este documento médico-legal, de ahí la motivación de las autoras en realizar esta investigación, con el objetivo de describir los errores más frecuentes cometidos por los estudiantes de tercer año de la carrera de Medicina durante confección de las HC.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal retrospectivo, con el objetivo de describir los errores más frecuentes cometidos por los estudiantes de tercer año de la carrera de medicina, durante la confección de las HC en el Hospital General Docente "Dr. Agostinho

Neto", de la provincia Guantánamo, durante el primer semestre del curso escolar 2013-2014.

Previo consentimiento de los profesores responsables de las salas de Medicina Interna, con los cuales se intercambiaron, se auditaron 33 HC individuales, en las cuales se analizaron variables cualitativas nominales politómicas, relacionadas con la anamnesis y exploración física, como lo refleja Llanio.⁴

En la calidad de la anamnesis se describió motivo de consulta, historia de la enfermedad actual (HEA), antecedentes patológicos personales (APP) y familiares (APF), hábitos tóxicos, datos ambientales de interés y otros, historia psicosocial, inmunizaciones e interrogatorio por sistemas. En el caso de la exploración física, se tuvo en cuenta el examen físico general, regional y por sistemas como: osteomioarticular, respiratorio, circulatorio, digestivo, genitourinario, hemolinfopoyético, endocrino y nervioso.

La frecuencia de auditoría por los profesores a las historias clínicas fue otra de las variables descritas, del tipo cuantitativa dispersa.

Para resumir los datos se utilizaron tablas simples, para lo cual se tuvo en cuenta como medidas de resumen, la distribución de frecuencia y porcentaje.

Se analizaron y discutieron los resultados obtenidos y, de esta forma, se emitieron conclusiones.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se observa que los errores predominantes fueron en la HEA (27) (81.8 %), seguidos en los del interrogatorio por sistemas e historia psicosocial (23) (69.6 %) y (19) (57.5 %), respectivamente.

Tabla 1. Historia clínica con errores en la anamnesis

Anamnesis	HC con errores N=33	
	No.	%
Motivo de consulta	9	27.2
Historia de la Enfermedad Actual (HEA)	27	81.8
Antecedentes patológicos personales (APP)	-	-

Antecedentes patológicos familiares (APF)	-	-
Hábitos tóxicos, datos ambientales de interés y otros	7	21.2
Historia psicosocial	19	57.5
Inmunizaciones	-	-
Interrogatorio por sistemas	23	69.6

Fuente: historias clínicas.

Los relacionados con la HEA radicarón en la no recogida en forma adecuada de la irradiación del dolor, la calidad y alivio del mismo. También se identificaron dificultades con la descripción de la frecuencia, la duración y síntomas asociados, o sea que fueron pocos minuciosos.

La auditoría de la exploración física reflejada en las HC arrojó errores en todos los sistemas. Los más afectados fueron el sistema respiratorio y el nervioso, con (21) (63.6 %) y (17) (51.5 %), respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Historia clínica con errores en la exploración física

Exploración física		HC con errores N=33	
		No.	%
Examen físico general		5	15.1
Examen físico regional		9	27.2
Examen físico por sistemas	Sistema osteomioarticular	7	21.2
	Sistema respiratorio	21	63.6
	Sistema circulatorio	5	15.1
	Sistema digestivo	5	15.1
	Sistema genitourinario	7	21.2
	Sistema hemolinfopoyético	3	9.1
	Sistema endocrino	2	6.1
	Sistema nervioso	17	51.5

Fuente: historias clínicas.

Al analizar la frecuencia de las auditorías a las HC (Tabla 3), se constató que 25 de ellas (75.7%) nunca fueron auditadas por los profesores, y

solo el 6.1% fue auditada dos veces, lo que demuestra la poca sistematicidad de la supervisión y control por parte de los docentes.

Tabla 3. Frecuencia de auditoría a HC

Frecuencia de auditoria a historias clínicas	No.	%
Una vez	6	18.2
Dos veces	2	6.1
Tres veces	-	-
Nunca	25	75.7
Total	33	100

Fuente: historias clínicas.

DISCUSIÓN

La HEA es la que requiere mayor arte en la toma de la historia⁴, ya que muchos pacientes tienden a desviarse del curso normal de la enfermedad, por lo que el historiador debe conducirlo mediante el interrogatorio.⁵ De tal manera, un juicioso interrogatorio dará los detalles de las quejas del paciente. El principiante solo podrá aprender haciendo historias, por lo que las preguntas que deben siempre ser usadas hasta que se tenga conocimiento de los síndromes, son: ¿Qué? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Cómo se modificó, cambió, o se alivió? ¿Por qué? Por ejemplo: el "qué", puede ser un dolor; el "dónde", el sitio del dolor y su irradiación; el "cuándo", el momento del dolor; el "cómo se modificó, cambió o alivió y qué lo alivió", y otras preguntas por este estilo.⁴

Las autoras identificaron que en el interrogatorio por sistemas, los mayores errores estuvieron dados por la ausencia de evidencias de los trastornos de las diferentes esferas, algunos de ellos descritos en la HEA, condicionado, entre otros factores, por el uso de un modelo estructurado, donde solo se marca con una "X" si el interrogatorio por sistemas es normal, patológico o no realizado.

Blanco Aspiazú y colaboradores⁶, en su estudio "Ventajas y desventajas del modelo de historia clínica en medicina interna", consideran que ampliar los síntomas señalados 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, por lo que 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.

Por otro lado, la historia psicosocial es parte de los antecedentes que se revelan a través de una entrevista abierta, no estructurada, con la mayor privacidad y relación afectiva posibles, cuyas adecuadas condiciones posibilitan precisar, de la persona enferma: datos sobre su infancia, aspectos socioeconómicos; interrelaciones con amigos, familiares o sexuales, punto de vista acerca de cómo enfrentar su padecimiento, apoyo familiar u otros elementos de interés para los facultativos.⁷

Santana Tellez y coautores¹⁰ también encuentran falta de evaluación de la historia psicosocial (80 %), además de desorganización de la entrevista (76 %).

La anamnesis es la información surgida de la entrevista clínica, proporcionada por el propio paciente. Es fundamental, puesto que permite indagar acerca de todos los antecedentes del paciente y familiares, factores de riesgo, inicio de los síntomas, circunstancias en las cuales aparecieron y automedicación para aliviar las manifestaciones clínicas; sin embargo, el interrogatorio no concluye cuando se comienza a examinar al paciente, sino cuando se logra diagnosticar qué padece.⁷

Suárez Rivero y coautores⁹, también encuentran en su investigación errores en el examen físico, y coinciden en la omisión de aspectos en el 46.7 %, y en el desorden en el 32.0 %. Los errores por omisión lo atribuyen a que no se le realiza al paciente una maniobra, o no se le examina determinada zona que es necesario examinar a partir de la orientación diagnóstica ofrecida por el interrogatorio y por el terreno de riesgo del enfermo.

Por otra parte Santana Tellez y demás autores¹⁰, describen que el 46 % de los casos realizan examen parcial por sistemas, y el 60 % es poco minucioso durante la exploración.

Las autoras opinan que la búsqueda de información básica del problema que tiene el paciente se materializa en gran medida con la anamnesis y el examen físico, que son etapas del método clínico (una herramienta insustituible en manos del profesional de la salud), de ahí que constituyen elementos esenciales durante la enseñanza de dicho método.

Se concuerda además con Aparicio⁸, en que no hay justificación alguna para no reflejar con calidad la evaluación que se le hace a un paciente; y que no es admisible “no tener tiempo para escribir”.

Las autoras destacan que los errores del examen del sistema respiratorio fueron la omisión de signos presentes, que fueron incluso reflejados en la primera evolución y que tenían relación con los problemas de salud de los enfermos, como disnea, tiraje y estertores, la desorganización en el reflejo de las técnicas básicas de exploración, en otros casos, y el examen parcial del sistema.

Las investigadoras opinan que los estudiantes de tercer año de Medicina en el primer semestre aun no tienen dominio pleno de cada uno de los aspectos a explorar y describir, tanto en el interrogatorio, como en el examen físico de los sistemas, y, si además de esto no son supervisados por el docente, cometerán muchos errores en el momento de confeccionar las HC.

CONCLUSIONES

Predominaron los errores en la HEA, interrogatorio por sistemas e historia psicosocial, así como en el examen físico del sistema respiratorio. La mayoría de las HC auditadas no fueron supervisadas de forma sistemática por los profesores, aspecto que contribuyó a la mala calidad de su confección.

El problema de la calidad en la confección de las historias clínicas tiene muchos factores condicionantes, como el nivel de exigencia de profesores y administrativos del Hospital, y por otro lado, el nivel de aprendizaje de los estudiantes de tercer año de medicina que la confeccionan.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Padrón Chacón R. Historia Clínica. Su importancia. Capítulo 2. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/proped_clin_fisi_odont/cap02.pdf
2. Cuan Corrales M, Milpt Cala J, Urra Torres K, Gavira Agramonte JA. Historia clínica de Ortodoncia en la clase de inglés con fines específicos. Rev Hum Med [Internet]. 2012 [citado 16 Feb 2014]; 12(1): 75-91. Disponible en:

- http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202012000100007&lng=es
3. Corona Martínez L, Fonseca Hernández M. El razonamiento médico en la historia clínica: una mirada a la discusión diagnóstica. MEDISUR [Internet]. 2011 [citado 16 Feb 2014]; 9(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1589>
 4. Llanio Navarro R, Perdomo González G, Arús Soler E. *et al.* Propedéutica clínica y Semiología Médica. t.1. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007. p. 309-331
 5. Padrón Chacón R. La Historia Clínica en la Atención Primaria de Salud. Capitulo 3. Disponible en: http://bvs.sld.cu/libros_texto/proped_clin_fisi_odont/cap03.pdf
 6. Blanco Aspiazú MA, Salazar Alvarez Y, Morales HA, Ramírez Chávez J. Ventajas y desventajas del modelo de historia clínica en medicina interna. Rev Hab Cienc Méd [Internet]. 2010 [citado 16 Feb 2014]; 9(2): 211-218. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2010000200011&lng=es
 7. Alcaraz Agüero M, Nápoles Román Y, Chaveco Guerra I, Martínez Rondón M, Coello Agüero JM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. MEDISAN [Internet} 2010 [citado 25 Abr 2016]; 14(7): [aprox. 17 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/v14n7_10/san18710.pdf
 8. Aparicio Martínez F. Un llamado de alerta sobre la Historia clínica. MEDICENTRO [Internet]. 2011 [citado 16 Feb 2014]; 15(2): [aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://medicentro.vcl.sld.cu/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202011/v15n2a11/005llamado90arreglado.htm>
 9. Suárez Rivero B, Blanco Aspiazú MA, Morales Jiménez E, Suárez Rivero A, Bosch Bayard RI. Errores en el examen físico del paciente. Rev Cub Med Mil [Internet]. 2011 [citado 17 Feb 2014] ; 40(3-4): 211-217. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300002&lng=es
 10. Santana Tellez TN, Del Águila Grandez AY, Villalonga Moras Y, Del Risco Turiño. Deficiencias en la aplicación del método clínico en estudiantes de tercer año de medicina. Rev Hum Med [Internet]. 2007 [citado 17 Feb 2014]; 7(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202007000100010&lng=es

Recibido: 14 de diciembre de 2015

Aprobado: 22 de enero de 2016

Dra. María Agustina Favier Torres. Máster en Atención Integral a la Mujer. Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Guantánamo. Cuba. **Email:** favi@infomed.sld.cu