

Historia Clínica: Nueva metodología para el registro de los datos

Drs. Giuseppe Lanza Tarricone*, Jonela Di Muro**, Fatima Ortega**

RESUMEN

Antecedentes: La historia clínica es un instrumento valioso en el ejercicio de la medicina. Un registro adecuado de los datos permite tomar decisiones atinadas y resulta útil en la creación de bases de datos, proyectos de investigación, docencia, control de recursos hospitalarios.

Objetivos: Desarrollar una nueva metodología en el registro de los datos de las historias clínicas, utilizando un formato tabular de filas y columnas.

Métodos:

Historias clínicas: tener nota de ingreso a sala de hospitalización, hojas para las evoluciones con formato uniforme.

Protocolo de estudio: las hojas para el registro de los datos tienen formato tabular. En la primera columna se van registrando los signos y síntomas individualmente y en la fila respectiva se indica con un dígito (cero o uno) ausencia o su presencia a lo largo de los días de hospitalización.

Se consideraron los días hospitalizados, días válidos para las evoluciones, total de hojas utilizadas para escribir las evoluciones, seguimiento de cada signo y/o síntomas registrados en la nota de ingreso a sala y días subsiguientes.

Resultados: se evaluaron un total de 40 historias clínicas, 42,50 % de los pacientes eran de sexo masculino, 25 % del servicio de medicina interna y 75 % del servicio de cardiología. Edad promedio de los pacientes $58,33 \pm 15,82$ años. Los días considerados válidos para escribir las evoluciones de $10,5 \pm 4,79$. Días totales de hospitalización de $16,2 \pm 8,47$. Total de días evaluados por los médicos se corresponde en un 80 % sobre el total de días considerados como válidos. Total de ítems (signos y síntomas), resultó de $8,45 \pm 2,73$. Cada ítem fue

registrado en promedio sólo en un 35 % sobre el total de días válidos. Promedio de área de escritura de las hojas de las historias y las de protocolo fue de $2\,231,25\text{ cm}^2$ y $63,3\text{ cm}^2$ respectivamente.

Conclusiones: al establecer un formato tabular de filas y columnas para el registro de las evaluaciones en las historias clínicas, se evita la repetición innecesaria y se tienen un modelo gráfico y cronológico en el registro de cada signo y/o síntomas, que a su vez facilita la creación de una base de datos.

SUMMARY

Background: the medical record is a useful tool in the medicine's practice. An adequate record of the data enhance the decisions, project of investigation, teaching, control of the hospital's resources.

Objetives: develop a new methodology for register the data in the medical record using a tabular format with rows and columns.

Methods:

Medical record with a note of hospitalization's room, sheet of evolution with uniform format.

Procedure: sheet of the register with tabular format. In the first column we annotate signs and symptoms, and in the respective row we annotate its ausence o presence along of the hospitalization. We consider days hospitalization, valid days of the evaluation, total sheet use in the evolutions.

Results: we evaluate 40 medical records, 42.50 % of the patients are male, 25 % in the cardiology's room and 75 % in the medicine's room. Age average of patients 58.33 ± 15.82 years. Valid days for the evaluation 10.5 ± 4.79 . Total days for the hospitalization 16.2 ± 8.47 . The total days evaluated for the physician correspond with 80 % for the total days considered valids. Total items are 8.45 ± 2.73 . Every item was registered only in 35 % over the total valid days. Area average of writing in the sheet of medical records and the procedure were $2\,231.25\text{ cm}^2$ y 63.3 cm^2 in each case.

*Adjunto de Cardiología.

**Médicos residentes del Instituto Médico Hospital "Dr. J G Hernández". San José- Caracas-Venezuela.

Conclusions: a tabular format of rows and columns in the medical records avoid the unnecessary repetition and present a graphic and chronologic model of the every sign and symptom, and permit the creation of a data's base.

INTRODUCCIÓN

La historia clínica (HC) es un instrumento valioso y primordial en el ejercicio de la medicina. Una metodología adecuada en el registro de los datos permite tomar decisiones atinadas y facilita un seguimiento de los casos en forma pertinente, sin dejar de mencionar la utilidad prestada a la creación de bases de datos para estadísticas, proyectos de investigación, docencia y un mejor control de los recursos hospitalarios en función de las necesidades de los pacientes y del equipo de salud (1-2).

El esquema clásico utilizado en el registro de las evoluciones de las HC resume: elementos objetivos y subjetivos, cambios en el examen físico, nuevos planes de estudios. Se realiza en la forma habitual o utilizando el sistema de Weed por problemas diagnósticos (3-5). En ambos casos, se utiliza un tiempo precioso en poder desarrollar cada línea de escritura y se van acumulando anotaciones y hechos sin tener un resumen global y cronológico de todos y cada de los signos y síntomas, visualizar su comportamiento de manera gráfica sin omitir detalles importantes.

En el presente estudio se presenta un esquema de trabajos para realizar el registro de las evoluciones clínicas en los centros hospitalarios, complementando el sistema actual de anotaciones y comparando su eficiencia.

MÉTODOS

A. Historias clínicas: Se incluyeron HC de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna y Cardiología del Hospital "J Gregorio Hernández" en San José - Caracas, Venezuela, durante el año 2001. Los criterios de inclusión fueron: tener nota de ingreso a sala de hospitalización, hojas de evolución diaria con formato uniforme, registro de todos los datos requeridos por el protocolo de estudio (datos recolectados).

B. Formato de las hojas de evolución

b.1 de las historias clínicas: tamaño carta, con área

efectiva para escribir de 17 cm x 21 cm (área de 357 cm²); con líneas horizontales separadas 6 mm, dando un total de 34 espacios de escritura.

b.2. del protocolo: tamaño carta, con área efectiva para escribir de 21 cm x 22,5 cm (área de 472,5 cm²); formato cuadrado, la primera columna de 2,4 cm para indicar los items (signos y síntomas). El resto de las columnas de 0,5 cm para indicar con un dígito si el item fue registrado en las hojas de evolución. La primera fila se reservó para indicar las fechas correspondientes a las evoluciones de las historias clínicas y todas las filas con ancho de 1 cm.

C. Datos recolectados; número de historia, edad, sexo, fecha de ingreso y egreso a sala de hospitalización, servicio de ubicación (medicina interna o cardiología), total de caras (anverso y reverso) de las hojas de evolución, líneas de escritura de las evaluaciones de emergencias efectuadas por médicos de guardia. Los signos y síntomas fueron ubicados inicialmente de las notas de ingreso a sala de hospitalización y reportados individualmente en la primera columna de las hojas de evolución del protocolo. Los días hospitalizados (DH) se calcularon con la fecha de ingreso y egreso de la sala de hospitalización. Considerando que los fines de semana no hay evoluciones de los pacientes, salvo emergencia, y los médicos residentes tienen libre el día siguiente a una guardia, se calcularon los días válidos para escribir las evoluciones (DV) como 4 de cada siete días, es decir:

$$DV = DH - [DH / 7] \cdot 3$$

donde los corchetes indican parte entera desde el punto de vista matemático. Los días evolucionados (DE) representan el total de días durante los cuales dejaron constancia por escrito de las evoluciones de los pacientes.

El total del área de escritura de las HC fue calculado como:

$$\text{total caras de hojas} \times 357 \text{ cm}^2 - L$$

donde L representa el área de las anotaciones que no fueran del médico tratante.

El total del área (en cm²) de escritura de las hojas del protocolo fue calculado considerando las medidas dadas en el formato del protocolo:

$$\text{Área} = (2,4 + 0,5 \cdot DE) (I + 1)$$

donde

DE: días evaluados

I: número de ítems a evolucionar

Las notas de revista médica, las interconsultas con otras especialidades y cualquier otra anotación que no fuera la evolución diaria del paciente, fueron excluidas para efectos de considerar el área de escritura.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 40 HC, de las cuales el 42,50 % eran de pacientes del sexo masculino, 25 % del servicio de cardiología y 75 % de medicina interna. La edad promedio de los pacientes era de $58,33 \pm 15,82$ años. El promedio de DH era de $16,2 \pm 8,47$ y el promedio de DV resultó de $10,5 \pm 4,79$. cuando se compara este resultado con los DE, la relación (DE / DV) resulta en 0,80 lo que expresa que el promedio de días evaluados se corresponde en un 80 % sobre el promedio de días considerados como válidos para efectos de la evaluación de los pacientes.

El promedio del número de ítems (signos y síntomas) era de $8,45 \pm 2,72$ con un máximo de 14 y un mínimo de 4. Cuando se calcula el porcentaje de ítems que fueron evaluados con respecto a los DE y DV se encuentra en $37,72 \pm 16,24$ y $31,34 \pm 16,31$ respectivamente. Estos resultados indican que los ítems (signos y síntomas) fueron evaluados apenas en un 35 % del total de días que corresponden a la evolución de los pacientes, es decir, que en el 65 % del total de días no aparece en la HC las características de los ítems: curso, mejoría, empeoramiento, o cualquier otra manera de ser descrito.

El promedio del número de caras de las hojas de evolución de las HC era de 6,25 y al multiplicar por el área de cada cara (357 cm^2) resulta en promedio $2231,25 \text{ cm}^2$. El área que se utilizó en las hojas de evolución del protocolo resultó en promedio de $63,3 \text{ cm}^2$ y el compararlo con el área total de las hojas de evolución de las HC, se tienen un promedio de las relaciones de áreas $3,13 \% \pm 1,64 \%$.

DISCUSIÓN

La HC es una herramienta valiosa e imprescindible en la acción médica. Cuando se revisan las HC es demasiado frecuente encontrar que la descripción de los hallazgos clínicos iniciales y los que se agregan en el transcurso de la hospitalización, no son registrados en la HC en forma diaria para conocer el destino de ese hallazgo: mejoría, empeoramiento, estabilidad, o simplemente no son mencionados nuevamente, encontrándose que apenas se registran los signos y síntomas en un 35 % sobre el total de DE. De la misma manera se debe recalcar que la cantidad de hojas que hay que escribir va en aumento dependiendo del estilo y la forma como se evolucionan las HC. Cuando se compara la relación entre área de las hojas del protocolo y las hojas de las HC se encuentra que las del protocolo representa un área de 3,13 % del total de área de las hojas de las HC, diferencia evidentemente significativa.

En ninguna HC del estudio aparece una evolución gráfica, cronológica o medible del hallazgo clínico, lo que contrasta enormemente con el protocolo propuesto y permite visualizar de una manera sencilla la cronología de los hallazgos clínicos.

Existe una ventaja adicional del modelo propuesto, pues se podrían codificar los signos y síntomas e incorporarlos a un programa de computadora. Este nuevo modelo complementa, más no excluye, al sistema actual del registro de las HC.

REFERENCIAS

1. Harrison T. Principios de Medicina Interna. 14ª edición. Madrid, España: McGraw Hill - Interamericana de España; 1998.
2. Bjorn, Cross H. Problem oriented practice. 1ª edición. Chicago, EE.UU: Modern Hospital Press; 1970.
3. Weed L. Medical records that guide and teach. N Engl J Med. 1968;278:593.
4. Weed L. Quality control and the medical record. Arch Int Med 1971;127:101.
5. Hurst J, Walker H, Hall W. More reasons why Weed is right. N Engl J Med 1973;288:629.