

Otros documentos: la historia clínica

Carlos Manuel DA COSTA CARBALLO
Doctor en Medicina y Cirugía
Profesor Titular U.C.M.

RESUMEN

Al realizar este tema, nos hemos planteado dar a conocer, desde un punto de vista muy general, el documento básico de la praxis médico-asistencial con el que se va a encontrar necesariamente cualquier documentalista que realice su labor en un centro sanitario. Se trata de la Historia Clínica que, dentro de la tipología documental médico-asistencial, es quizás, el documento más importante de todos los que se manejan en la asistencia sanitaria.

La Historia Clínica, como cualquier documento, pasa por todas las etapas de la cadena o proceso documental, pues hay una *producción o elaboración* (con una recogida de datos, una selección de los mismos y de los documentos que integrarán la historia clínica, un análisis de esa documentación, con su descripción, indización y resumen, que no es otra cosa que el informe de alta hospitalaria), *almacenamiento* (o bien en el Archivo de Historias Clínicas o en los Archivos Electrónicos que empiezan a implantarse hoy en día), *distribución y transporte* (fases de la cadena que no están muy desarrolladas en el ámbito asistencial) y *recuperación* (gracias a la codificación de esa información, que en este arte o ciencia se hace con la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS).

Teniendo en cuenta lo que llevamos dicho desde el principio, la finalidad de este tema es enseñar a un documentalista nuestro documento, para lo cual hay que intentar definir ¿qué es la Historia Clínica y para qué puede servir?, ¿cómo ha ido evolucionando a lo largo de la historia y qué partes y/o contenidos se fueron integrando en cada momento histórico?, la tipología actual de este documento

y los documentos que hoy por hoy se entienden como fundamentales para formar parte de la misma¹, es decir, la normalización de la historia clínica.

Para tratar todo esto², tan importante como puede prever el lector, pues no en vano la historia clínica es el documento princeps de la labor sanitaria, el esquema que vamos a seguir para desarrollar estos contenidos será el siguiente:

- I. Concepto de Historia Clínica
- II. Contenidos de la Historia Clínica
 - A. Historia Clínica Hipocrática
 - B. Los Consillia
 - C. Historia Clínica Renacentista
 - D. *Historia Clínica Sydenhamiana*
 - E. Historia Clínica del Siglo XVIII (H. Boerhaave)
 - F. Historia Clínica del Siglo XIX
 - Historia Clínica Anatomoclínica
 - Historia Clínica Fisiopatológica
 - Historia Clínica Etiológica
 - G. Historia Clínica del Siglo XX
 - Historia Clínica Biopatológica*
 - Historia Clínica Antropopatológica
- III. Modelos de Historia Clínica
 - A. Historia Clínica Cronológica
 - B. Historia Clínica Orientada por Problemas
 - C. Historia Clínica Orientada hacia las Decisiones
- IV. Normalización de la Historia Clínica.

¹ Pues no todo hay que introducirlo en la historia clínica. Como dice Javier Canosa «**Hay documentos de naturaleza intrínsecamente asistencial que deben ser incorporados a la historia clínica. Otros, en cambio, cumplen cometidos burocráticos (movimiento, petición, seguimiento, devolución, etc.). Con frecuencia estos últimos también se incorporan a la historia clínica (...). Son, por ello, extrínsecos a la historia clínica y como tales deberían ser tipificados y excluidos de ella, si se quiere hacer un análisis riguroso de su contenido**» [Canosa Penaba, Javier: Problemática del archivo de las historias clínicas y propuesta de soluciones. *Informática + Salud s.d.* 64-70. Op cit en la p. 64].

² Es imprescindible la consulta de:

– Lain Entralgo, Pedro: *La Historia Clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Barcelona: *Salvat* (2ª ed.), 1961.

– Lain Entralgo, Pedro: La Historia Clínica. En: Lain Entralgo, Pedro: *Hacia la recta final. Revisión de una vida intelectual*. Madrid: Círculo de lectores, 1990 [147-168].

Palabras clave

Documentación médica; Historia Clínica; Normalización; Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.).

1. Definición de historia clínica

Son muchas las definiciones que se podrían dar de historia clínica, pero sólo vamos a recoger las que consideramos como más ilustrativas de lo que en realidad es este documento.

Empezaremos definiendo la historia clínica como «...el sustrato material que recoge y guarda la relación profesional entre el médico y el enfermo que voluntariamente demanda su ayuda»³. Definición sencilla en la que falta, para todas aquellas personas no relacionadas con el área sanitaria, el tipo de información o datos que se recopilan en un documento de estas características, por lo que vamos a analizar una un poco más completa a continuación.

La historia clínica se puede definir como «...el registro escrito de los datos sociales, preventivos y médicos de un paciente, obtenidos directa o indirectamente, y constantemente puestos al día»⁴, es decir, se trata del documento donde se plasma la labor asistencial que debe recoger la información del paciente en sus áreas social (datos personales, datos laborales, datos familiares, datos educacionales, etc.), preventiva (vacunaciones del paciente, etc.) y asistencial (patologías atendidas en ocasiones anteriores y el seguimiento de las mismas), que nos permitirá el seguimiento sanitario de cada individuo.

Otras definiciones que siguen esta misma línea son las siguientes:

— «...documento que contiene todos los datos recopilados referentes al estado de salud de los pacientes atendidos en el hospital, tanto ingresados como en consultas externas»⁵;

— «Toda la relación médico-enfermo derivada de la atención que recibe un usuario en un centro asistencial, se traduce en la acumulación sucesiva de una documentación compleja denominada Historia Clínica»⁶;

³ Insalud: *Modelo unificado de historia clínica. Memoria*. Zaragoza: Ministerio de Sanidad y Consumo (Comisión Interhospitalaria de Historias Clínicas de los Hospitales del Insalud en Aragón), 1989. Op. cit en la p. 27.

⁴ Gervas Camacho, Juan Javier; Burgo Fernández, José Luis (del) y Pérez Fernández, María de las Mercedes: La historia clínica. En: Gervas Camacho, Juan Javier (coordinador): *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1987 [25-73]. Op cit en la p. 27.

⁵ Hospital General Gregorio Marañón: *Anteproyecto de reglamento de la historia clínica*. Madrid: Comunidad de Madrid (Consejería de Salud), s.f. Op cit en la p. 1.

⁶ Canosa Penaba, Javier: Problemática del archivo de las historias clínicas y propuesta de soluciones. *Informática + Salud* s.d. 64-70. Op cit en la p. 64.

— «...la historia clínica —por otro nombre: patografía— es el relato técnico de la experiencia diagnóstica y terapéutica del médico ante un caso individual de su práctica; si se quiere, el fragmento de la biografía del enfermo correspondiente a su enfermedad, tal como el médico la ve»⁷.

No vamos a dar más definiciones ni tampoco vamos a analizar las escritas en las líneas anteriores por no alargar innecesariamente estas páginas⁸.

Cuando hemos dado la definición de historia clínica, vimos que se trataba de un documento que debía recopilar datos de tres tipos:

1. **Sociales:** siendo los primeros los *datos de identificación* del paciente (nombre, apellidos, dirección, teléfono, fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, sexo, número de la seguridad social, número del documento nacional de identidad), y en segundo lugar, los *datos del status social* del paciente, es decir: datos familiares (estado civil, hijos, etc.), datos laborales (activo, parado, empresa, ocupación, profesión, etc.), datos académicos (estudios, etc.) y otros datos que puedan ser de utilidad para poder llegar a conocer su problema (deportes, actividad física, ocio, etc.).

2. **Preventivos:** que podemos desglosar en dos grandes grupos, de una parte los *datos de inicio*, en donde tendrán cabida todas las actividades preventivas llevadas por el paciente antes de venir a nosotros, así como las vacunaciones a las que se ha sometido a lo largo de su existencia. Por otro lado nos encontramos con los *datos de seguimiento*, como los hábitos del paciente (fumador, bebedor, toxicomanías, nutrición, control de natalidad, etc.), enfermedades crónicas (hipertensión, caries, obesidad, minusvalías, hipercolesterinemia, etc.), procesos infecciosos (tétanos, gripe, neumonías, hepatitis, etc.), neoplasias (pulmón, útero, mama, próstata, etc.) y complicaciones durante el embarazo (incompatibilidad Rh, toxicomanías, etc.).

3. **Médicos:** de los que hay dos tipos, *datos médicos directos*, donde relataremos todo lo concerniente a las enfermedades previas del paciente, los signos vitales del paciente y todo lo que consideremos de interés en cada una de las visitas que el paciente nos haga. Los otros datos son los denominados *datos médicos indirectos*, que comprende aquella información que obtenemos a través de los informes realizados por medio de pruebas diag-

⁷ Laín Entralgo, Pedro: La Historia Clínica (1950). En: Laín Entralgo, Pedro: *Hacia la recta final. Revisión de una vida intelectual*. Madrid: Círculo de Lectores, 1990 [149-168]. Op cit en la p. 150.

⁸ Sin embargo vamos a definir que es Documentación Clínica, pues para algunos autores es sinónimo de Historia Clínica, es «...la Historia Clínica con las hojas que la conforman, los estudios radiológicos y cualquier otro que soporte información clínica generada durante la asistencia del paciente, sea cual sea la naturaleza del mismo (película, micro, disco óptico, etc.)» [Hospital General Gregorio Marañón: *Anteproyecto de reglamento de la historia clínica*. Madrid: Comunidad de Madrid (Consejería de Salud), s.f. Op cit en la p. 1].

nósticas (analíticas de laboratorio, radiografías, electrocardiogramas, informes quirúrgicos, anatómo-patológicos, etc.).

Varios son los objetivos que deben perseguirse en la elaboración de este documento que, siendo la más importante la de facilitar la mejor atención del paciente, vamos a enumerar a continuación:

– **asistencial y/o epidemiológica:** es el primer cometido de toda historia clínica, el servir como soporte de una buena administración sanitaria, facilitando la atención y el seguimiento del paciente en las dos vertientes enunciadas, es decir, asistencial (o curativa) y epidemiológica (o de prevención):

– **evaluación de la calidad asistencial:** como veremos en otra parte, la calidad asistencial es el estudio de la estructura, el proceso y el resultado de la asistencia prestada. La historia clínica servirá para evaluar la eficacia de la atención prestada al paciente y, por lo tanto tiene que ver con la segunda fase, con el proceso;

– **investigación:** no cabe duda de que la historia clínica es la base de cualquier investigación médico-sanitaria o epidemiológica, tanto a nivel individual como colectivamente;

– **docencia:** también es importante este cometido de la historia clínica, el servir de apoyo a la enseñanza teórico-práctica de la medicina tanto en el pregrado como en el postgrado;

– **administrativa:** pues hoy la historia clínica se utiliza como pieza fundamental para las tareas de gestión del centro sanitario;

– **médico-jurídico-legal:** pues es el único documento que revela la relación entre médico y paciente: dirá si el paciente tenía o no necesidad de atención sanitaria, si el problema que presentaba el paciente fue reconocido o no y si se estableció el adecuado tratamiento de ese problema, etc. Pero, además, la ley obliga a que cada paciente tenga su expediente clínico único⁹, y si no vea el lector los artículos 10.11¹⁰ y 61 de la Ley General de Sanidad:

Art. 10.11:

«A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de Alta»¹¹.

⁹ Esto es así desde el año 1907 en que los hermanos Mayo introducen en el St. Mary's Hospital la historia única por paciente [Gallo Vallejo, Francisco Javier: La historia clínica en Atención Primaria. *El Médico* (1995) N° 589 24 de Noviembre 48-63].

¹⁰ El artículo 10º trata de los derechos que tenemos los usuarios del sistema sanitario público con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias. Consta de 14 apartados.

¹¹ El informe de alta para los pacientes es obligatorio desde la Orden de 6 de Septiembre de 1984, siempre y cuando habiendo sido atendidos en un centro sanitario, sea público o privado, hayan dado lugar al menos a una estancia.

Art. 61:

«En cada área de Salud debe procurarse la máxima integración de la información relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico-sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial. Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica. Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes»¹².

Para poder llegar a la realización de estos objetivos hay que tener en cuenta varios aspectos importantes a la hora de redactar el documento: en primer lugar, la información recogida se incorpora a un formato estructurado. En segundo lugar, la información recogida debe ser exacta, pertinente y lo más completa que sea posible. La tercera premisa que siempre debemos recordar es la siguiente, como la información que habrá en el documento es de lo más variada, nos encontraremos datos numéricos, alfabéticos, mixtos, aislados, acumulativos, dinámicos, estáticos, etc.

Pero el documentalista raras veces se encuentra una historia clínica de estas características¹³. ¿Qué suele haber en la historia clínica?:

- varios sistemas de numeración con lo que es imposible recopilar toda la documentación de un mismo paciente;
- desorden interno de los documentos y falta de muchos de ellos;
- redundancias, repeticiones y reasignaciones, en el sentido de que el paciente tenga varias historias clínicas en el mismo centro o de que varios enfermos tengan el mismo número de historia, entre otras cosas;
- historia clínica perdida;
- falta de normalización y estandarización;
- pocas garantías de confidencialidad de la información¹⁴;

¹² Ministerio de Sanidad y Consumo: *Ley General de Sanidad y Ley Orgánica de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Secretaría General Técnica, Publicaciones, Documentación y Biblioteca), 1986. El Art. 10.11 puede verse citado en la pág. 27 y el Art. 61 en la 59.

¹³ Las causas de esto pueden ser las que nos muestran J. Prinz y M. Millán cuando dicen:

«La creciente presión asistencial, la falta de medios en algunos casos y la ausencia de valoración de la historia clínica y su contenido, están conduciendo a un deterioro progresivo en la calidad y cantidad de información existente en la misma» [Prinz, J. y Millán, M.: Estudio de la terminología en la historia clínica. *Todo Hospital* (1990) N° 64 Marzo 77-79. Op cit en la p. 77].

¹⁴ Agria polémica ésta, y más en el tema de la entrega de las historias clínicas a los jueces. No obstante coincidimos con los magistrados Don Ramón Sáez y Don José Antonio Martín

— y un largo etcétera que no vamos a tratar pues no es este el cometido que pretendemos con este tema ¹⁵. Sólo, a modo de resumen, diremos: «...el denominador común de los diversos estudios de evaluación de calidad de la HCAP es el bajo porcentaje de cumplimentación de ciertos documentos de la HC, como la historia familiar (cuando existe), la lista de problemas individuales, o de datos como los factores de riesgo o hábitos tóxicos, así como ciertos datos básicos (antecedentes personales y familiares, datos laborales, nivel de instrucción)» ¹⁶.

Vamos a pasar por lo tanto al análisis de los contenidos de la historia clínica a lo largo de la historia, valga la redundancia.

II. Contenidos de la historia clínica

Vamos a iniciar el estudio histórico de la historia clínica para ver como se han ido integrando en los distintos períodos las informaciones que podemos encontrarnos hoy en día en este documento de gran complejidad pero tan rico en datos de todo tipo, analizando en los últimos modelos la estructuración y contenidos de los mismos pues son las que en este momento están más al uso.

II.a. Historia clínica hipocrática

Desde el comienzo de la vida hubo un intento de interpretar las enfermedades. Los chamanes pretendían localizarlas para extraer y expulsar el cuerpo extraño que causaba esa enfermedad, lo cual implicaba, a la vez, una actitud terapéutica.

Por otra parte, los síntomas están localizados en algún lugar del cuerpo, por ejemplo te duele un pie o la cabeza, etc. En el *Corpus Hippocraticum* ¹⁷ es donde mejor se ve esta mentalidad localizadora de la enfermedad.

Pallín en que no hay que entregar los historiales médicos de nuestros pacientes a los jueces en función del Art. 10.3 de la Ley General de Sanidad, de la L.O.R.T.A.D. y demás legislaciones al respecto [Argos, Lucía y de la Cuadra, B.: Pugna entre jueces y médicos sobre la privacidad de los historiales clínicos. *El País* (1995) Domingo 10 p. 26].

¹⁵ Un buen análisis de estos aspectos lo realiza Javier Canosa en el epígrafe titulado *Crítica de lo existente* en Canosa Penaba, Javier: Problemática del archivo de las historias clínicas y propuesta de soluciones. *Informática + Salud* s.d. 67-68.

¹⁶ Gallo Vallejo, Francisco Javier: La historia clínica en Atención Primaria. *El Médico* (1995) N.º 589 24 de Noviembre 48-63.

¹⁷ Acerca del tema del *Corpus Hippocraticum* y, en general, todo lo relacionado con la medicina hipocrática, se puede analizar en:

Lain Entralgo, Pedro: *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Editorial (Colección. Alianza Universidad, N.º 340), 1987.

En cuanto a lo que nos interesa en estos momentos, las historias clínicas, las primeras de las que se tiene noticia se encuentran en los Tratados Hipocráticos, dentro de los libros I y III de las *Epidemias*. Por las características que presentan se han convertido en el modelo patográfico a seguir por cualquier profesional de la salud en cualquier etapa de la historia. Las historias hipocráticas tienen unas semejanzas y unas diferencias con respecto al modelo actual que vamos a enunciar:

– *semejanzas*:

1. Lo fundamental era la descripción de los síntomas que presentaba el paciente, síntomas definidos con una exquisita finura y con una gran profusión de detalles pero desde la óptica de la percepción de los mismos, es decir, los griegos obtenían los síntomas que percibían por la vista, el gusto, el tacto, el oído o la olfacción;
2. rigurosísima ordenación patocrónica de los diferentes síntomas que presenta el paciente;
3. cada observación clínica que hace el médico se intenta relacionar con el medio ambiente en donde se produjo la enfermedad;

– *diferencias*:

1. no hay casi alusiones a los antecedentes de la enfermedad;
2. no diferencian tampoco entre síntomas objetivos (los que el médico ve) y subjetivos (los que el paciente le cuenta);
3. escasísimas alusiones a la terapéutica emprendida en cada enfermedad;
4. no se produce una tipificación nosológica, es decir, no hay ningún intento por parte del médico griego de ver semejanzas en las enfermedades de distintos pacientes para intentar describir las enfermedades, pues el asclepiade griego consideraba que los síntomas eran la expresión de la naturaleza del individuo, por lo que no establecía paralelismos entre distintos pacientes con la misma enfermedad.

II.b. Los «consillia»

Los *consillia* medievales¹⁸ eran unas historias clínicas doctrinales del más puro estilo galénico donde no se produce ningún avance en los conocimientos científicos del momento, pero en las que se podía analizar la doctrina galénica de la que no se apartaba lo más mínimo. Por lo tanto tenía esa función docente que debe tener este documento.

¹⁸ Tanto este modelo de historia clínica como el modelo renacentista pueden ser estudiados en:

Laín Entralgo, Pedro: El empirismo clínico. En: Laín Entralgo, Pedro: *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat (Colección: Biblioteca Médica de Bolsillo, N.º 21), 1986 [309-320].

Este tipo de historia, el *consilium*, constaba de cuatro partes:

- 1) TÍTULO: en donde se establecía la entidad nosológica de la que se trataba;
- 2) PRIMERA SECCIÓN: donde se transcribían los síntomas observados por el médico ordenados conceptualmente y con algún que otro comentario doctrinal;
- 3) SEGUNDA SECCIÓN: en donde se establecía la discusión de las cuestiones relativas a la etiología, a la patogenia y al tratamiento;
- 4) FÓRMULA FINAL: de tipo religioso.

II.c. Historia clínica renacentista

No es, sin embargo, hasta los tiempos en que se realizan las primeras disecciones europeas cuando nos empiezan a hablar de órganos o formas normales y alterados. Eran descripciones simplemente pues no podían explicar el ¿cómo se producían? o el ¿por qué?

Fue Antonio *Benivieni* (1443?-1502) quien compone un libro ¹⁹ en el año 1502, que recoge casos de su propia experiencia. En algunas de estas patologías cuenta lo que se encuentra en el cadáver con lo que podemos decir que crea el primer protocolo de autopsia vinculado a la historia clínica.

Hacia la mitad del Siglo XVI es cuando podemos empezar a hablar de un nuevo modelo de historia, la **observatio**. Este cambio, de consejo a observación, implicaba que había que volver de nuevo a lo individual de cada enfermar y no a lo general como se venía haciendo hasta ahora.

Lo que aportó este modelo fue, sobre todo:

- recuperación de la ordenación cronológica de los síntomas al hacer las descripciones;
- finalización de la redacción de la misma con la descripción de las lesiones encontradas en el cadáver al practicarle la autopsia.

II.d. Historia clínica sydenhamiana

En el Siglo XVII hay autores que se intercambian colecciones de casos clínicos que contenían apéndices anatómo-patológicos. Uno de estos autores, *Theófilo Bonet* (1620-1689), se dedica a recopilar toda la bibliografía que cae en sus manos y en el año 1679 lo publica con el nombre de *Sepulchre-*

¹⁹ Titulado *De abdítis nonnullis et mirandis morborum ac sanationum causis*, es decir *Sobre algunas ocultas y sorprendentes causas de enfermedad y curación*, citado en Lain Entralgo, Pedro (1986): *Ibidem*. Op cit en la p. 321.

tum²⁰, en el que recoge más de tres mil historias clínicas con protocolo de autopsia ordenadas de *capite ad calcem*. Es de escaso valor pues no comprobó la veracidad de lo recopilado y se creía todo lo que los autores europeos ponían en sus historias, pero es una bibliografía de colecciones de historias clínicas con sus apéndices anatómo-patológicos.

Es en este período, Siglo xvii, cuando se produce la ruptura definitiva con la tradición galénica para dar paso a la revolución científica que marcó esta etapa. Aparece una nueva nosología (inductiva y basada en la notación) que originó que la historia clínica empezase a ser reconocida por todo el mundo como el elemento básico de descripción de la enfermedad de un paciente y, por lo tanto, el documento princeps de la praxis médica.

Las aportaciones a la historia clínica vienen sobre todo de Thomas Sydenham (1624-1689), el formulador del concepto de especie morbosa, y fueron:

- **empirismo clínico**: sólo describen aquello que el observador es capaz de recabar por sus órganos de los sentidos. De esta forma el médico del Siglo xvii se aparta de tener que dar explicaciones y se aparta de la historia de la enfermedad;

- **especificidad**: empiezan a describir casos de enfermar individual pero correlacionándolo con los casos típicos de una determinada especie morbosa;

- lo anterior se refleja en que las historias tendrán un título, habrá una selección de los síntomas (específicos y peculiares), y el curso de la enfermedad tendrá un *tempo* propio de la especie morbosa a la que pertenezca el caso.

II.e. Historia clínica del siglo xviii

Basándose en la historia de Sydenham, el médico neerlandés Hermann Boerhaave (1668-1738)²¹ realizó un modelo de historia clínica que se considera canónico y que con algunas variaciones que se fueron incorporando con los siglos es el que utilizamos hoy.

Pero antes de pasar a analizar la historia clínica boerhaaviana, vamos a ver que sucede en medicina para llegar a este modelo²².

²⁰ Citado en Laín Entralgo, Pedro (1986): *Ibidem*. Op cit en la p. 321.

²¹ Uno de los tres grandes sistemáticos del setecientos junto con los alemanes Georg Ernst Stahl (1659-1734) y Friedrich Hoffmann (1660-1742).

²² Aunque no son historias clínicas propiamente dichas, se puede analizar una especie de diario clínico evolutivo de finales del Siglo xviii en Costa Carballo, Carlos Manuel (da): El problema terapéutico. En: Costa Carballo, Carlos Manuel (da): *La enseñanza de la medicina a finales del Siglo XVIII en las instituciones docentes madrileñas ubicadas en el Hospital General de Madrid*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense (Colección: Tesis Doctorales, Nº 175/92), 1992 [572-626].

II.e.1. Valoración de la lesión en la Historia

Con los avances producidos²³, los clínicos intentan descubrir las lesiones para aprender algo de la causa de las enfermedades y así poder curar mejor a sus enfermos. Estas lesiones eran:

- en principio un *hallazgo casual* que no se esperaban encontrar y que utilizaban para intentar explicar la causa de la enfermedad y la muerte del paciente. Posteriormente relacionaban la lesión anatómo-patológica con la enfermedad y empiezan a *buscar lesiones* en el cadáver. Fue Johann Jakob Wepfer (1620-1695) en 1658 el primero que hace esto describiendo cuatro casos de apoplejía. Este cambio de actitud, es decir, de encontrar lesiones a buscar lesiones, se produce bien entrado el Siglo xvii;

- en el tránsito entre los Siglos xvii y xviii la lesión se convierte en la *clave del diagnóstico* en las manos de Giovanni Maria Lancisi (1654-1720) y Hermann Boerhaave.

El italiano vivía en Roma y era el médico del Papa Inocencio XI que, después de un período de muertes súbitas en gente muy importante, le encarga a Lancisi que estudie cuales fueron las causas pues se especulaba con que hubiesen sido envenenados. Lancisi realiza pues un diagnóstico postmortem en cadáveres de personas que no había visto jamás. Fueron unos cuadros cerebrovasculares.

Por su parte el holandés crea un Corpus de doctrina que acabará con la autoridad de Galeno. Boerhaave era médico de un noble al que había seguido todo su proceso patológico hasta el momento en que se muere y, como no había conseguido averiguar de ¿qué había muerto?, pide permiso a la familia para que le dejasen hacer la autopsia y comprueba que había sido un tumor del mediastino el causante del exitus letalis.

A partir de entonces se hacen informes anatómo- patológicos y, en el año 1767 Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) publica su *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis* en el que recoge unos quinientos casos clínicos comprobados, por lo que era más riguroso que el *Sepulchretum*;

- Lancisi, Francesco Albertini (1662-1738) y Thomas Willis (1622- 1675) son los que convierten la lesión en el fundamento de la patología y de la clínica.

II.e.2. Historia clínica boerhaaviana

Boerhaave estableció que el examen de los enfermos debían constar de tres *tempus*: inspección, anamnesis y exploración (objetiva).

²³ Lain Entralgo, Pedro (1986): *Ibidem*. El emperismo anatomopatológico [320-324].

El primero de estos tiempos, la *inspección*, permite al médico conocer el sexo del paciente, el biotipo, el estado de la vida del paciente, y además: los hábitos, costumbres, posición social, etc.

Con la *anamnesis* el sanitario trata de averiguar todo lo relativo a los antecedentes (familiares y personales), el comienzo de la enfermedad, el curso de la misma hasta el momento en el paciente acude al médico, etc.

Con la *exploración objetiva* se pretende averiguar el estado morfológico y funcional de las distintas partes del organismo del paciente.

Si a esto le añadimos el seguimiento de la enfermedad y los datos de la inspección cadavérica, tenemos el modelo de historia clínica que, como hemos dicho algunas líneas más arriba, seguimos hoy en día con escasas variaciones, es decir:

DESCRIPCIÓN DEL SUJETO
ANTECEDENTES REMOTOS Y PRÓXIMOS
ENFERMEDAD ACTUAL
CURSO DE LA ENFERMEDAD
INSPECCIÓN DEL CADÁVER

Es el modelo de historia clínica que ha pervivido a lo largo de los Siglos XVIII, XIX y XX sufriendo variaciones en los contenidos que la han ido convirtiendo en un documento complejo. De estas aportaciones vamos a seguir ocupándonos en los epígrafes siguientes.

II.f. Historia clínica del siglo XIX

En este período hay que estudiar la historia clínica en función de cada una de las tres mentalidades médicas de este siglo: la mentalidad anatomo-clínica, la mentalidad fisiopatológica y la mentalidad etiológica.

II.f.I. Historia clínica anatomo-clínica

Fueron *Bayle* y *Laennec* los que desarrollaron la mentalidad anatomo-clínica, aunque quien lo había formulado fue Marie François Xavier *Bichat* (1771-1802)²⁴.

Ya hemos comentado que *Lancisi*, *Albertini* y *Willis* hablaban de las enfermedades ya no por los síntomas sino por las lesiones que encuentran y, así, empiezan a clasificar las enfermedades por las lesiones. Aunque esto se

²⁴ Todos estos aspectos pueden ser consultados en Laín Entralgo, Pedro (1986): *Ibidem*. El diagnóstico [358-363].

inicia en los Siglos xvii y xviii, no se consigue la conquista de este terreno hasta el Siglo xix.

Las causas que determinaron esto son:

– La Revolución Francesa ya que supone empezar desde cero todo lo relacionado con la cultura, medicina, etc. Pierre Simon *Laplace* (1749-1827) por orden de Napoleón organiza la Academia de las Ciencias e invita a los médicos a que participen de esto pues como los médicos habían perdido su status científico se les ofrece la posibilidad de recuperarlo viendo si se les pegaba algo de este foro, según dicen que era la idea del marqués de Laplace.

– Pero se levantan voces contra esto y, así, Bichat parece que dijo que sólo volverían al seno de las ciencias cuando consiguieran unir las magníficas observaciones clínicas que hacían los médicos de la época con los hallazgos anatómo-patológicos y conseguir, de esta forma, que no se les llamase especuladores. Recomienda para ello la apertura sistemática de cadáveres.

– Posteriormente serán otros los que harán esto, como Jean Nicolas *Corvisart* (1755-1821) que dice que no hay que esperar a que muera el paciente para ser científicos, sino que hay que diagnosticar las enfermedades en vida del paciente y después encontrar la lesión en el cadáver. Recomendó desarrollar la semiología conectada con la anatomía patológica. Él mismo acercaba el pabellón auditivo al tórax de los enfermos e introduce la percusión sistematizada que descubrió el vienés Leopold *Auenbrugger* (1722-1809) y que describe en su obra *Inventum novum* publicada en el año 1761 donde dice a que corresponde cada sonido. Fueron después los discípulos de Corvisart los que se dedicaron a buscar los signos que nos hablan de las lesiones y, de esta manera nace el método anatómo-clínico.

Gaspard Laurent *Bayle* (1774-1816) lo hace minuciosamente con el tema de la tuberculosis pulmonar escuchando y percutiendo el tórax de sus enfermos.

René Théophile Hyacinthe *Laennec* (1781-1826) en su *Traité de l'auscultation mediate* de 1819 crea el estetoscopio (de *stéthos* que significa pecho y *skopeîn* mirar, observar) o fonendoscopio (de *fon* y *endon* dentro) lleva este método a su culminación. Creía que el diagnóstico se tiene que hacer a través de signos físicos, que no son otra cosa que cualquier dato de observación sensorial que nos permite obtener una imagen parcial del estado anatómico del cuerpo del paciente.

Se basaban en la exploración sensorial, el uso de los sentidos, sobre todo el oído y la percusión. Un día Laennec tenía que auscultar a una enferma, según parece bastante exuberante, y como era bastante pío, pensó en el juego de los niños de hablar por unos vasos conectados por un hilo y, entonces, toma unas hojas que llevaba en la bata y hace un tubo con ellos y se pone a escuchar, llegando a decir que oía mejor y más claro que poniendo la oreja en contacto con el tórax. Inventa la trompetilla de madera o estetoscopio (ver en el pecho).

La lesión será pues el centro de la ciencia y la práctica médicas, originando una nueva forma de diagnosticar: el *signo físico* será el elemento fundamental del estado actual del paciente y del curso de la enfermedad. Además todas estas nuevas exploraciones (auscultación, percusión, etc.) dieron lugar a que desde ese momento los datos obtenidos pasarán a engrosar los diferentes apartados de la historia.

II.f.2. Historias clínicas fisiopatológica y etiológica

Había que buscar más y más signos.

Richard *Bright* (1789-1858) relaciona la albúmina de la orina con las lesiones anatómo-patológicas de los riñones. Empiezan así los signos físicos de laboratorio.

Lo verdaderamente importante de estos hombres es que están *viendo* y hacen externa la patología que es interna.

Paul *Broca* (1824-1880) empieza a buscar signos físicos en las enfermedades neurológicas en un enfermo que no podía articular las palabras aunque entendía lo que se le decía. Cuando muere el paciente llamado «tan» pues era su forma de contestar a todo, ve que esta afasia (alteración de la articulación del lenguaje) se debía a un reblandecimiento del pie de la tercera circunvolución frontal izquierda.

De esta fecha parten los descubrimientos de todas las «scopias» (de *sko-peîn* = observar) que tenemos hoy en día (radioscopia, laringoscopia, gastroscopia, laparoscopia exploratoria, etc.).

Por lo tanto las consecuencias fueron:

- la medicina vuelve a adquirir rigor científico;
- interés por estudiar el estado anatómico del cuerpo humano desde la mesa de disecciones. Nace así la Anatomía Patológica de la mano de Karl von *Rokitansky* (1804-1878) que separa la autopsia de la clínica. En el año 1845 se crea la primera cátedra de Anatomía Patológica en Viena para él;
- en todos los hospitales europeos empiezan a construirse salas de autopsias;
- se desarrolla la lesión celular de manos de Rudolf *Virchow* (1821-1902);
- ahora, en el Siglo xx se desarrolla la lesión molecular.

Las limitaciones fueron:

- empiezan a preguntarse ¿cómo se curan las lesiones? La terapéutica por estas fechas estaba muy verde, es lo que se ha llamado nihilismo terapéutico;

– creían que todas las enfermedades se podían reducir a una lesión y, así Jean Martin *Charcot* (1825-1893) en el hospital de Salpêtrière buscaba lesiones cerebrales en enfermas de histeria ²⁵. Sigmund *Freud* (1856-1939) cambia esto;

– si hay lesiones ¿cuál es la vía de resolución?: la cirugía;
– dejaban constancia de las lesiones pero no sabían las causas que las originaban. Aparece así la polémica entre los fisiólogos como François Joseph Victor *Broussais* (1772-1838) que decían que primero hay alteración de la función que es la que da lugar a la lesión y los anatomo-clínicos. Se llega a la conclusión de que esto había que completarlo con la fisiopatología y con la etiología.

En cuanto a la historia clínica que surge de estas dos nuevas mentalidades, tenía las siguientes características:

1. **historia fisiopatológica:** teniendo en cuenta que para esta mentalidad la enfermedad era una alteración de las funciones del organismo provocada o bien por procesos materiales (que provocaban fenómenos químicos) o bien por procesos energéticos (que provocaban fenómenos físicos), en la historia clínica aparecerán una serie de signos fisiológicos que indicaban el trastorno funcional (como por ejemplo la temperatura) y los resultados de nuevas exploraciones (todo tipo de pruebas funcionales que daban lugar a gráficas), además de la sucesión en el tiempo del curso de la enfermedad;

2. **historia etiológica:** en esta mentalidad las causas de la enfermedad eran lo más importante llegando a concebir a esta última como el resultado de la lucha del organismo humano por vencer al agente causal. En la historia clínica se remarcará la relación existente entre los antecedentes (familiares o personales) con el estado actual de la enfermedad y con el curso de la misma. Además se incluirán nuevas exploraciones: los cultivos de gérmenes, la identificación de las sustancias venenosas, etc.

Por lo tanto, durante el Siglo XIX la historia clínica adquiere una serie de características importantes, como son: mayor coherencia interna, más precisión y una gran riqueza descriptiva, aunque no en todas sus partes ²⁶.

²⁵ Claro, se pasó toda su vida buscándolas y no las encontró, aunque realizó unos estudios interesantes en el campo de la hipnosis y las ataxias locomotoras, y tuvo de discípulos a Freud y a Babinski.

²⁶ Por ejemplo, la descripción del sujeto se limitaba a datos como su nombre, edad, sexo, lugar de nacimiento, etc. El curso de la enfermedad era otra parte de la historia menos precisa en ese momento. Sólo se entendía que el curso de la enfermedad era determinado por causas externas, contextura anatómica del enfermo, etc.

II.g. Historia clínica del siglo XX

Pronto se empieza a ver que hay que estudiar al hombre sano o enfermo como un todo. Nacen así otras dos mentalidades que repercutirán en la historia clínica: las mentalidades biopatológica y la antropopatológica.

En cuanto a la historia clínica:

1. **historia biopatológica:** en función de la constitución del ser humano, una de las aportaciones de esta mentalidad, en la historia clínica la descripción del hombre adquiere un rango especial. Se incluyen pruebas funcionales que estudian la adecuación del ser vivo a su nuevo estado;

2. **historia antropopatológica:** como la constitución del hombre no resuelve el problema de la personalidad del mismo, la historia clínica se convertirá en la biografía de la enfermedad de un paciente.

III. Modelos de historia clínica

Como hemos podido ir viendo a lo largo de las páginas anteriores, la estructuración de los contenidos de una historia clínica²⁷ se hace en torno a cinco apartados básicos:

- descripción del individuo;
- antecedentes remotos y próximos;
- enfermedad actual;
- curso de la enfermedad;
- inspección del cadáver.

Como no había un control a la hora de elaborar este tipo de documento, quedando tal cometido sólo a la habilidad del médico, la historia clínica no cumplía los mínimos de calidad que debía presentar una historia clínica según la OMS²⁸. Estos mínimos de calidad para este tipo de documentos eran:

– que se pudiese identificar claramente a la persona a la que se refiere el historial. Esta cuestión ahora es diferente por los temas de confidencialidad de la información, la privacidad del paciente, etc., tal y como veremos más adelante;

²⁷ Una descripción mucho más completa de las partes y datos que se deben recoger en una historia clínica, se puede analizar en Noguera Molins, L. y Balcells Gorina, A.: *Explotación clínica práctica*. Barcelona: Científico-Médica, 1979.

²⁸ Estos mínimos que señala la OMS están citados en Gervas Camacho, Juan Javier; Burgo Fernández, José Luis (del) y Pérez Fernández, María de las Mercedes: La historia clínica. En: Gervas Camacho, Juan Javier (coordinador): *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1987 [25-73]. Op cit en la p. 35.

- que fuese legible e inteligible para las personas cualificadas que la fueran a utilizar;
- que sea fiable, concisa y organizada para facilitar su credibilidad y su comprensión;
- que fuese resistente al deterioro;
- que se pueda identificar a las personas que realizan cualquier tipo de anotación en la historia para reconocer su autoría y delimitar responsabilidades cuando sea necesario;
- por último, que sea accesible.

Esto ha dado lugar a un gran movimiento en pro de la normalización de la historia, para conseguir un modelo estándar que facilite las tareas de elaboración y de consulta.

Como consecuencia de esto que acabamos de comentar nacen tres nuevas formas de expresar los contenidos de la historia clínica: la historia clínica cronológica, la orientada por problemas y orientada hacia las decisiones.

III.a. HISTORIA CLÍNICA CRONOLÓGICA

Simplemente es distribuir los diferentes datos (médicos, del paciente, analíticos, etc.) en una sucesión correlativa a lo largo del tiempo ²⁹.

Este tipo de historia es muy útil para pacientes con escasos problemas sanitarios o que acuden excepcionalmente a las consultas.

No suele ser muy útil a medio y a largo plazo una historia con esta estructuración.

Este tipo de historias clínicas presenta dos modelos a la hora de plasmar los contenidos:

- la *historia clínica cronológica por secciones*, donde cada departamento o servicio asistencial tiene una sección dentro de la historia donde cada uno guardará, ordenando de forma cronológica, todo lo que suele tener una historia clínica (informes, resultados de pruebas analíticas, diagnósticas, etc., comentarios, etc.). Este modelo facilita, no cabe duda, la recuperación de la información por parte del médico de aquello que le interese, pero hace bastante difícil saber cual es el estado del paciente pues habría que mirar en todas las secciones;
- la *historia clínica cronológica integrada*, que es la historia clínica cro-

²⁹ Se podría definir como «...la historia habitual en la que cronológicamente se van añadiendo a notaciones acerca de los distintos problemas por los que el paciente consulta» [Gérvás Camacho, Juan Javier: Burgo Fernández, José Luis (del) y Pérez Fernández, María de las Mercedes (1987): La historia clínica. *Ibidem*. Op cit en la p. 35].

nológica pura, donde todos los datos se van ordenando por fechas de forma sucesiva.

III.b. HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA POR PROBLEMAS

Es el modelo que presenta Lawrence L. Weed³⁰, donde el problema³¹ sanitario requiere una acción rápida y precisa. Además permite la introducción de aspectos sociales que pueden originar problemas de salud.

Los componentes de la historia clínica de Weed eran los siguientes:

- un primer apartado para los *datos iniciales*, que pueden ser datos médicos, preventivos, sociales, etc.;
- un segundo apartado para la *lista de problemas*, que se confecciona a partir de la entrevista con el paciente. Los problemas pueden ser: un signo (taquicardia), una enfermedad diagnosticada (diabetes mellitus), un síndrome médico (insuficiencia cardíaca), un dato complementario anómalo (onda Q patológica en el electrocardiograma), una alergia (al polen), una reacción adversa a un fármaco (sulfamidas), una intervención quirúrgica (mastectomía), un factor de riesgo (tabaco), los efectos de un traumatismo (herida incisocontusa del pabellón auditivo), una alteración social (portador del VIH), familiar (separado, divorciado) o laboral (parado de largo tiempo), un trastorno psiquiátrico (incomunicación), una deficiencia (incontinencia urinaria), una minusvalía (sordomudo), etc., etc.;
- un tercer apartado donde se establecían los *planes de actuación* para resolver los problemas individuales, teniendo en cuenta que cada problema debe ser atacado en cuatro frentes: diagnóstico, tratamiento, educación y seguimiento;
- un cuarto apartado, para la *evolución* cronológica de las incidencias del proceso;
- un quinto apartado, que se ha añadido a posteriori, para la *monitorización*, que permitía poder hacer los seguimientos de cualquier enfermo crónico.

A los problemas habrá que numerarlos correlativamente para poder seguirlos fácilmente, introducir la fecha de comienzo y, cuando finalice, habrá que indicar también la fecha:

³⁰ En su obra *Medical Records Medical Education and Patient Care. The Problem-Oriented Record as a Basic Tool*. Cleveland: Western Reserve University, 1969.

³¹ Un problema es «...cualquier queja, observación o hecho que el paciente o el médico perciben como una desviación de la normalidad, que ha afectado, puede afectar o afecta la capacidad funcional del paciente» [citado en Gérvas Camacho, Juan Javier; Burgo Fernández, José Luis (del) y Pérez Fernández, María de las Mercedes (1987): La historia clínica. *Ibidem*. Op cit en la p. 40].

«Un problema se introduce en la lista en el momento que se percibe, y para ello no hay más que añadirlo a la lista previa, indicando la fecha de introducción, y asignándole el número correspondiente. Un problema se cierra, indicando la fecha, cuando se resuelve, cambia de denominación, remite, o se incluye en otro nuevo problema»³².

III.c. HISTORIA CLÍNICA ORIENTADA HACIA LAS DECISIONES

Como tiene que ver con la toma de decisiones, lo más relevante de este modelo de historia es su orientación hacia el diagnóstico probable de enfermedad y las demás dolencias que hay que excluir en cada caso.

IV. Normalización de la historia clínica

Podríamos decir que es el establecimiento de una serie de normas y principios para unificar los documentos que componen la historia clínica³³, documentos cada vez más numerosos y complejos, debido a que es el vehículo de transmisión de la información clínico-asistencial a lo largo del tiempo y del espacio³⁴.

Para poder desarrollar el proceso de manera adecuada habrá que analizar varios aspectos muy importantes:

1. En primer lugar estudiar todos los documentos clínicos existentes en el centro sanitario donde vamos a unificar la historia clínica. Para ello tendremos que realizar varias tareas:

— primero, recoger todos los documentos teniendo en cuenta que podemos diferenciar entre *documentos básicos*³⁵ y *documentos específicos*³⁶;

³² Gérvas Camacho, Juan Javier; Burgo Fernández, José Luis (del) y Pérez Fernández, María de las Mercedes (1987): La historia clínica. *Ibidem*. Op cit en las pp. 43-44.

³³ Normalizar es «regularizar a poner en orden lo que no lo estaba. Sinónimo de tinificar es decir ajustar a un tipo modelo a norma» [Real Academia Española (21.^a ed.). Op cit en la p. 1025].

³⁴ La normalización de la historia clínica hoy es un proceso fundamental pues nos permitirá la integración de los documentos clínico-asistenciales más variopintos procedentes de todos los servicios que compongan el centro sanitario, en un documento único que pasaremos a denominar expediente clínico, es decir, la necesidad que hay de normalizar hoy en día es «...**considerado básico para elaborar adecuadamente un sistema de información**» [Barreda, M. y cols.: Normalización de la Historia Clínica. *Todo Hospital* (1988) N^o 52 49-62. Op cit en la p. 50].

³⁵ Que son todos aquellos comunes a todos los servicios o especialidades del hospital y que suelen tener un formato único y un tamaño idéntico. No obstante hay que reducir el número de estos documentos a los mínimos indispensables.

³⁶ Que son aquellos otros documentos que son utilizados por determinados servicios o especialidades sanitarias. Como dice Barreda y cols.: «**Se debe tender a no crear documentación especi-**

- segundo, confeccionar un catálogo con todos los documentos recopiados;
 - tercero, analizar esos documentos buscando ¿quién los utiliza?, nivel de normalización, contenidos de los mismos y usos a los que se destinaban³⁷.
2. A continuación habrá que intentar establecer las normas de diseño, para lo que seguiremos las propuestas de la OMS que hemos mencionado algunas páginas más atrás y que son, para recordar solamente:

«...identificar claramente la persona a la que se refiere; ser legible e inteligible por cualquier persona con cualificación adecuada; ser fiable, concisa y estar organizada lógicamente; ser resistente al deterioro; identificar a las personas que hacen las anotaciones; y ser accesible»³⁸.

En líneas generales, y después de haber recabado las opiniones de todos los servicios implicados en esta tarea, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos más elementales:

- **tamaño:** en la historia clínica hay dos tamaños estandarizados, DIN A/4 (210 × 297 mm) de los impresos generales y DIN B/6 (125 × 175 mm) de los volantes de petición de pruebas diagnósticas y/o analíticas;
- **papel:** los documentos que se guarden deben ser gruesos, mientras que los que se eliminen cuando el paciente se va de alta pueden ser de inferior calidad. Los sobres donde guardemos el expediente clínico deben de ser de excelente calidad;
- **márgenes:** uniformizados en el mismo lateral y de las mismas dimensiones. Si por el motivo que sea los documentos van a escribirse por las dos

fica mientras no sea estrictamente necesaria, ya que el predominio de la documentación básica será fiel reflejo de la coordinación entre los diferentes servicios del hospital» [Barreda, M. y cols. (1988): *Ibíd.* Op cit en la p. 50].

³⁷ ¿Qué tiene de interés la normalización?, se preguntará el lector. Si hemos realizado todo lo que acabamos de comentar, que es más complejo de lo que acabamos de exponer, en ese mismo orden y con rigor, llegaremos a conclusiones parecidas a las del Servicio de Documentación Médica del Hospital General de Valencia:

«El número total de documentos clínicos recogidos fue 426, de los cuales 228, el 53,52%, se incluía en la Historia Clínica y 198, el 46,77%, no» [Barreda, M. y cols.: Normalización de la Historia Clínica. *Todo Hospital* (1988) N° 52:49-62. Op cit en la p. 50].

Es decir, la mayoría de los documentos clínico-asistenciales son inservibles porque están duplicados. Tenemos un buen número de documentos diferentes, en cuanto a tamaños, formatos, diseños, etc., para recoger el mismo tipo de datos.

³⁸ Gervas Camacho, Juan Javier; Burgo Fernández, José Luis (del) y Pérez Fernández, María de las Mercedes: La historia clínica. En: Gervas Camacho, Juan Javier (coordinador): *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1987 [25-73]. Op cit en la p. 35.

caras el abrochado de los mismos debe situarse en la parte superior para facilitar la lectura. La caligrafía debe ser clara, sencilla, legible. La terminología utilizada debería indicar aquello que queremos expresar sin distorsionar el lenguaje ³⁹. El espaciado interlineal se establecerá en función de la herramienta utilizada para escribir: manuscrita, ordenador, máquina de escribir, etc.;

– **colores:** siempre será una opción interesante pero hay que tener en cuenta que el suministro de papel de colores siempre puede ser peor que el papel normal blanco por lo que no es recomendable la utilización de los mismos, además de que siempre será más costoso;

– **datos básicos:** en todos los formularios deben aparecer en el mismo lugar y de forma clara para favorecer la identificación del centro y del enfermo, los datos identificativos de ambos.

De acuerdo con todo lo que llevamos dicho hasta ahora, los documentos clínicos básicos que deben formar parte de todo expediente clínico son:

- | | |
|--|---|
| 1: Hoja estadístico-clínica u Hoja de admisión | 14: Valores de analíticas |
| 2: Hoja de anamnesis | 15: Hoja resumen de analíticas |
| 3: Hoja de exploración clínica inmediata | 16: Hoja de petición de consulta |
| 4: Hoja de evolución | 17: Hoja de radiodiagnóstico |
| 5: Hoja de exploraciones solicitadas | 18: Hoja de informe de electroencefalograma y hoja de informe de electrocardiograma |
| 6: Hoja de órdenes médicas | 19: Hoja de estudio anatomopatológico |
| 7: Hoja de constantes diaria y horaria | 20: Hoja de autorización |
| 8: Hoja diaria de balance hídrico | 21: Hoja de alta voluntaria |
| 9: Hoja de cuidados de enfermería | 22: Hoja de autorización de autopsia |
| 10: Hoja preoperatoria | 23: Hoja de autorización para facilitar información clínica |
| 11: Hoja operatoria | 24: Hoja informe de alta hospitalaria, traslado de servicio, etc. |
| 12: Hoja de preanestesia | 25: Hoja informe clínico. |
| 13: Hoja de anestesia | |

Para concluir, vamos a enunciar solamente aquellos datos básicos que deben aparecer en el informe de alta y que ayudan mucho a la hora de formatizar este documento tan importante. Son los conocidos como Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), enunciados por el National Committee

³⁹ Para no reiterar lo que ya hemos dicho en otro lugar, remito al lector al Tema 7 *El problema informativo en medicina: las publicaciones biomédicas*.

on Vital and Health Statistics, y recomendados por la Commission of the European Communities:

1. *Identificación del Hospital.* Se utilizará un código bidimensional de 5 dígitos, los dos primeros hacen referencia al Código Postal de la provincia, y los otros tres un código del centro para cada Comunidad Autónoma.

2. *Identificación del Paciente.* Se hará por el Número de Historia Clínica, único para cada paciente en cada centro.

3. *Fecha de Nacimiento.* Se utilizará un código tridimensional de 7 dígitos, los dos primeros para el día, los dos siguientes para el mes y los tres últimos para el año.

4. *Sexo.* Se utilizará un código unidimensional de 1 dígito: 1 para varón, 2 para mujer y 3 para indeterminado o indefinido.

5. *Residencia.* Se consignará la residencia habitual, es decir, donde se reside la mayor parte del año, o donde esté censado. Se utilizará el Código Postal. Si el paciente es un extranjero de paso, se consignará el Código Internacional de su país.

6. *Financiación.* Hay varias posibilidades: 1 (Seguridad Social), 2 (Ayuntamientos o Cabildos Insulares), 3 (Mutuas de asistencia sanitaria), 4 (Accidentes de trabajo), 5 (Accidentes de tráfico), 6 (Seguros privados), 7 (Financiación mixta) y 8 (Otros a especificar).

7. *Fecha de Ingreso.* Se utilizará un código cuatridimensional de 9 dígitos, dos dígitos para la hora, otros dos para el día, dos más para el mes y los tres últimos para el año.

8. *Circunstancias del Ingreso.* Dos posibilidades, 1 (Ingreso de urgencias) y 2 (Ingreso programado).

9. *Diagnóstico Principal y Otros Diagnósticos.* El primero es el proceso que ha causado el ingreso del paciente, mientras que los otros serán aquellos otros procesos que coexisten con el principal, antes, durante o después de la estancia hospitalaria. Se codificará por la CIE 9 MC.

10. *Procedimientos Quirúrgicos y Obstétricos.* Son aquellos procedimientos en los que se ha utilizado un quirófano o una sala de partos. Se codificará por la CIE 9 MC.

11. *Otros Procedimientos.* Podemos decir que son todos aquellos procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que se pueden haber utilizado durante la estancia hospitalaria de un paciente y que pueden suponer un riesgo para el mismo. Se codificará por la CIE 9 MC.

12. *Fecha de Alta.* Se utilizará un código cuatridimensional de 9 dígitos, dos dígitos para la hora, otros dos para el día, dos más para el mes y los tres últimos para el año.

13. *Circunstancias del Alta.* Hay cuatro opciones: 1 (Destino a su domicilio), 2 (Traslado a/de hospital), 3 (Alta voluntaria) y 4 (Exitus letalis).

14. *Identificación del Médico Responsable del Alta.* Se utilizará un có-

digo bidimensional formado por el Código de la Provincia y por el Número de Colegiado.

Si alguien está interesado en profundizar más en estos temas debe consultar la bibliografía que a continuación exponemos ⁴⁰.

BIBLIOGRAFÍA

I. MONOGRAFÍAS

- ARQUIOLA LLOPIS, Elvira; MONTIEL LLORENTE, Luis y GARCÍA GUERRA, Delfín: *La úlcera gastroduodenal: Historia de una enfermedad*. Barcelona: Doyma (2 vol.), 1987.
- Asociación Vasca de Archiveros, Bibliotecarios y Documentalistas: *Cuartas Jornadas de Información y Documentación en Ciencias de la Salud*. Bilbao: Asociación Vasca de Archiveros, Bibliotecarios y Documentalistas, 1993.
- CAJA, A.; ALEGRE, A. y LARRAZ, A.: *Modelo unificado de Historia Clínica*. Zaragoza: INSALUD (Ministerio de Sanidad y Consumo), 1989.
- COSTA CARBALLO, Carlos Manuel (da): *Introducción a la Información y Documentación Médica*. Barcelona: Masson, 1996.
- FERRERO, Carlos y GIACOMINI, Hebe F.: *Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica. El departamento de información y archivo médico*. — Buenos Aires: El Ateneo, 1973.
- G CUBERO, A.: *El archivo central de Historias Clínicas. Su organización hospitalaria*. Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1969.
- GERVÁS CAMACHO, Juan Javier y cols.: La historia clínica. En: *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1987 [Cap. II, 25-75].
- GRACIA GUILLÉN, Diego: *Persona y enfermedad. Una contribución a la historia y teoría de la Antropología Médica*. Madrid: C.S.I.C., 1973.
- HOSPITAL GENERAL «Gregorio Marañón»: *Anteproyecto de Reglamento de la Historia Clínica*. Madrid: Hospital Gregorio Marañón, s.f.
- HOSPITAL CLÍNICO de San Carlos: *Reglamento de utilización de la Historia Clínica*. Madrid: Hospital Clínico de San Carlos, Octubre 1987.

⁴⁰ No vamos a comentar ni el formato, ni la impresión, ni quien debe cumplimentar cada documento, ni el contenido de los mismos ni la forma de cumplimentarlos, pues sería aumentar innecesariamente el tema que estamos tratando, además de que un brillante exposición de estos aspectos se puede encontrar en:

Barreda, M. y cols.: Normalización de la Historia Clínica. *Todo Hospital* (1988) Nº 52 49-62. Op cit en las pp. 51 a 62.

Gérvas Camacho, Juan Javier; Burgo Fernández, José Luis (del) y Pérez Fernández, María de las Mercedes: La historia clínica del proyecto CESCO. En: Gérvas Camacho, Juan Javier (coordinador): *Los sistemas de registro en la atención primaria de salud*. Madrid: Díaz de Santos, 1987 [25-73]. Op cit en las pp. 47-62.

INSALUD: *Modelo unificado de historia clínica. Memoria*. Zaragoza: Ministerio de Sanidad y Consumo (Comisión Interhospitalaria de Historias Clínicas de los Hospitales del INSALUD en Aragón), 1989.

- INSALUD: *Reglamento de uso de la Historia Clínica*. Vizcaya: INSALUD (Ministerio de Sanidad y Consumo), s.f.
- LAIN ENTRALGO, Pedro: *La Historia Clínica. Historia y teoría del relato patográfico*. Barcelona: Salvat (2.^a ed.), 1961.
- LAIN ENTRALGO, Pedro: *Historia de la Medicina moderna y contemporánea*. Barcelona: Científico Médica, 1963.
- LAIN ENTRALGO, Pedro: *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1986.
- LAIN ENTRALGO, Pedro: *El diagnóstico médico. Historia y teoría*. Barcelona: Salvat, 1989.
- LÓPEZ PIÑEIRO, José María: *Historia de la Medicina*. Madrid: Biblioteca Historia 16, 1990.
- Varios autores (Coordinador: Agustín Albarracín Teulón): *Historia de la enfermedad*. Madrid: Saned-Wellcome España, 1987.
- Varios autores (Coordinador: Diego Gracia Guillén): *Historia del medicamento*. Barcelona: Doyma, 1987.

II. PUBLICACIONES SERIADAS

- Anónimo: La Historia clínica (I). *Medicina General* (1990) Nº 3 53-56.
- BARREDA, M.S.: La historia clínica única. El archivo central de historias clínicas. *Todo Hospital* (1989) Nº 55 23-26.
- BARREDA, M.; Casero, J.; Maestre, T.; Ramos, A. y Sempere, J.: Normalización de la Historia Clínica. *Todo Hospital* (1988) Nº 52 49-62.
- GALLO VALLEJO, Francisco Javier: La historia clínica en Atención Primaria. *El Médico* (1995) Nº 589 24 de Noviembre 48-63.
- MUÑOZ PLAZA, J. A.; SARROCA IBÁÑEZ, J. y PRINZ, J.: Organización de un sistema informatizado de localización de historias clínicas en el Hospital. *Todo Hospital* s.d. (1988) 45-48.
- PERIS BONET, Rafael y cols.: Historia clínica pediátrica orientada por problemas. *Anales Españoles de Pediatría Vol. 10* (1977) Nº 11 785-800.
- PRINZ DÍAZ, J. y Millán, M.: Estudio de la terminología en la historia clínica. *Todo Hospital* (1990) Nº 64 Marzo 77-79.
- PRINZ DÍAZ, J. y MILLÁN, M.: Sistema organizativo de movimiento de historias clínicas. *Todo Hospital* (1989) Nº 55 29-33.
- PUIG SAMPER, M. A. y GALERA, A.: La antropología española del siglo XIX. *Cuadernos Galileo de Historia de la Ciencia* (1983) Nº 1 1-93.
- SÁNCHEZ GRANJEL, Luis: Anatomía española de la Ilustración. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* (1963) Serie Monografías Nº I 1-106 + 76 láminas.
- SHEPPARD, Julia: Preserving Contemporary Medical Archives. *VIIª Reunión de la Sociedad Española de Historia de la Medicina* celebrada los días 2-3 Abril 1993 en Barcelona [7 págs. (versión inglesa) y 14 págs. (versión castellano) + un tríptico del Wellcome Institute for The History of Medicine].