

Otro problema es la falta de registro de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) junto a los diagnósticos en las historias clínicas; dificultando el registro sistemático, el análisis y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad de diferentes países o áreas.

Para hacer frente a este problema se pueden implementar medidas de incentivo destinadas al personal de salud comprometido con la realización de una historia clínica de calidad. Entre estas medidas se puede proponer el envío de cartas de reconocimiento por parte de los directivos médicos al personal que cumpla de manera adecuada el cumplimentado de la historia clínica.

Otra alternativa para mejorar el registro de las historias clínicas es crear un manejo de historias clínicas electrónicas, que por medio de un *software* contribuya a unificar todos los datos del paciente, obteniéndose un cumplimentado más rápido, fácil y accesible para cualquier personal de salud. y así mejorar el proceso de atención⁴.

Una herramienta importante para elevar la calidad de historias clínicas sería cumplir de manera consciente y responsable las sugerencias de las auditorías de registro de historias clínicas, ya que en nuestro medio es casi frecuente ver las faltas y omisiones con cierta reiteración.

Es nuestra obligación profesional, intentar modificar esta situación. Se pretende con esto generar una sensibilización en quienes son los protagonistas, para que motivados produzcan los cambios pertinentes para transformar esta realidad.

Bibliografía

1. Carrasco M, Mazzi E. Auditoría médica en consultorio externo de pediatría. *Rev Soc Bol Ped.* 1993;32:20-4.
2. Ministerio de Salud. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector salud. Lima: MINSA; 2005. Norma Técnica, N.º 22, Vol. 2.
3. Riondet B. Evaluación estadística de la calidad de la historia clínica en un servicio de clínica médica del Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín De La Plata [tesis doctoral]. La Plata: Servicio de Difusión de la Creación Intelectual de la Universidad Nacional de La Plata; 2007.
4. Fernández J. Historias clínicas virtuales: ¿problema o solución? *Rev Cuerpo Méd HNAAA.* 2014 [consultado 24 Mar 2016] Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/pdf/v7-n4-2014/RCM-V7-N4-2014.full.pdf>

D. Chero-Farro^a, A. Cabanillas-Olivares^{a,*}
y J. Fernández-Mogollón^{a,b}

^a Escuela de Medicina, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú

^b Hospital Luis Heysen Incháustegui-EsSalud, Chiclayo, Perú

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: angella.cabanillas.23@gmail.com
(A. Cabanillas-Olivares).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.005>
1134-282X/

© 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

¿Es posible humanizar la obtención de muestras de semen respetando la intimidad de los sujetos? Un estudio preliminar



It is possible to humanize the semen samples collection respecting privacy of subjects? A preliminary report

Sra. Directora:

La medicina centrada en el paciente (MCP) reivindica que el esfuerzo sanitario se centre tanto en la salud de los usuarios como en la persona, individualizando su atención. Pero la MCP tiene escaso desarrollo en la reproducción asistida (RA), y no por desconocimiento de la legalidad¹, sino porque los sanitarios identifican mal las amenazas contra la intimidad del sujeto en sus actuaciones, lo que reduce significativamente la satisfacción del paciente y, por tanto, la calidad percibida del centro.

Se muestra mucho de la intimidad física y emocional en las consultas de RA. Y una de las actuaciones especialmente delicada para los varones es obtener y entregar sus muestras de semen. El procedimiento de obtención de muestras seminales por masturbación (POMSM) ha transformado

una actividad sexual muy personal e íntima en una prueba médica; algo inédito en el resto de la medicina.

El POMSM suele considerarse un acto sencillo y banal². Pero no lo parece tanto para los sujetos³, que manifiestan incomodidad, dificultades, vergüenza y embarazo cuando tienen que hacerlo^{4,5}. Suelen señalarlo como innecesariamente público y sórdido⁶, y es la principal causa referida de inasistencia a las revisiones seminales posvasectomía (48%)⁵.

Los pacientes se quejan de falta de intimidad durante el POMSM²; un 70% reclama, al menos, algún espacio privado que les proporcione esa intimidad⁷, como recomienda la OMS⁸. Pero no todos los centros lo cumplen⁴, reduciéndolo, con frecuencia, a los aseos comunes de los centros. Además, tienen que cargar con que el POMSM sea causa recurrente de bromas en películas, series televisivas y entre el propio personal sanitario⁹.

Nos hemos planteado si después de 50 años realizándose el POMSM del mismo modo, sería el momento de iniciar algunos cambios que mejorasen la calidad asistencial de estos sujetos.

Pero para que eso suceda, primero hay que saber si el personal sanitario percibe la necesidad de hacerlo. Y para ello, nada mejor que anotar cómo perciben a los sujetos sometidos al POMSM. En la medida que trivialicen la realización del POMSM, carecerán de la perspectiva necesaria para promover un cambio. Ese ha sido el objetivo de la investigación que presentamos.

Tabla 1 Probabilidad condicionada de mantener la actitud dibujada por un perfil determinado

Perfil investigado	Tipo de personal sanitario	Probabilidad condicionada (%)
1)... la extracción de la muestra no intimida más que un tacto vaginal o rectal		
2)... la extracción de la muestra es un procedimiento sencillo	<i>Por sexo (tasa/base):</i>	
3)... para la extracción de la muestra solo se requiere una simple eyaculación	Varones (34%)	52
4)... la extracción de la muestra no expone la intimidad más que una exploración ginecológica	Mujeres (66%)	48
5)... la extracción de la muestra carece de connotaciones sexuales	<i>Por tipo de profesional (tasa/base):</i>	
	Médicos (66%)	5
	Enfermería (21%)	11
	Laboratorio (14%)	11
6)... no es para tanto masturbarse para obtener una muestra de semen		
	<i>Relación con los estudios del semen (tasa/base):</i>	
7)... la extracción de la muestra es una prueba médica no invasiva, sencilla, barata... que da placer	Directa ^a (9%)	59
	Intermedia ^b (23%)	0
	Indirecta ^c (68%)	41
8)... como todos se masturban, hacerlo para el seminograma es una masturbación más		
9)... el POMSM no convierte una actividad sexual privada (masturbarse) en algo público		

^a Directa: indican el análisis o analizan las muestras.

^b Intermedia: solo conocen el procedimiento de obtención de muestras seminales por masturbación teóricamente, pero conocen a alguien que lo ha hecho.

^c Indirecta: solo conocen el procedimiento de obtención de muestras seminales por masturbación teóricamente.

Hemos pasado un cuestionario de 16 ítems que reunían los tópicos relacionados con el POMSM, extraídos de conversaciones personales y de foros de discusión sobre la RA. Con él hemos dibujado un perfil de actitudes trivializadas del POMSM, y hemos utilizado el modelo de probabilidad condicionada bayesiana de tasa de bases¹⁰ para calcular la probabilidad de que los sanitarios acepten el perfil de banalización del POMSM (tabla 1).

Recogimos respuestas de una muestra de conveniencia seleccionada al azar de 117 sanitarios de diversas categorías del Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid, del Centro de Salud de Las Rozas de Madrid y del Centro de Salud Mental Miraflores de Alcobendas. Se seleccionaron esos centros por las facilidades de los autores para acceder a su personal. La edad media era de $41,7 \pm 12,6$ años y el tiempo de ejercicio de $15,6 \pm 12,1$ años. Había un predominio femenino en todos los estamentos (66%).

La probabilidad condicionada bayesiana de que los sanitarios banalicen el POMSM es alta (tabla 1). En torno al 50% de varones y mujeres consideran que obtener muestras seminales por masturbación es algo trivial. Es más propenso a minimizar esa acción el personal de enfermería y el de laboratorio. Y minimizan más los sanitarios que tienen una relación directa con estos análisis (porque los indican o porque analizan las muestras) y los que solo conocen el procedimiento de un modo teórico (la mayoría de los sanitarios). Sin embargo, aquellos sanitarios que solo conocen el procedimiento teóricamente, pero también conocen a

alguien próximo que se ha sometido al POMSM, rechazan ese modelo al 100%.

Es decir, solo el contacto no profesional con personas relacionadas con el POMSM sensibiliza a los sanitarios sobre la trascendencia del procedimiento en la intimidad de los sujetos. El resto, banaliza los apuros masculinos con el mismo. Esto nos hace ser muy pesimistas sobre la posibilidad de humanizar este procedimiento en la actualidad. La mayor parte de los sanitarios no advierten ningún problema que resolver al respecto.

Será necesario hacer un gran esfuerzo pedagógico para conseguir modificar tales actitudes. No se puede esperar a que todos ellos tengan a algún conocido personal que sufra sus consecuencias.

Lo más curioso de todo es que también encontramos que el 62% de los sanitarios (varones: 57%; mujeres: 65%), no aceptarían masturbarse para una prueba médica que le indicara un colega. Lo que indica que esa minimización solo es cierta bajo la cobertura que da nuestra actividad sanitaria. Como personas, las cosas parecen ir por otro camino. Y eso es motivo para matizar el pesimismo expresado anteriormente.

Bibliografía

1. Mira JJ, Lorenzo S, Vitaller J, Guilaber M. Derechos de los pacientes: Algo más que una cuestión de actitud. Gac Sanit. 2010;24:247-50.

2. Jouannet P, David G. Aspects pratiques et psychologiques de collection de sperme. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1977;61:55-64.
 3. Perreault SD, Buus RM, Olshan A, Jeffay SC, Strader LF. Home-based collection of biological measurements and specimens from men. *Epidemiol*. 2005;16:S107.
 4. Giami A. Le «glauque» ou la production de sperme infertile. *Ethnol Fr*. 2011;41:41-8.
 5. Smucker DR, Mayhew HE, Nordlund DJ, Hahn WK Jr, Palmer KE. Postvasectomy semen analysis: Why patients don't follow-up. *J Am Board Fam Pract*. 1991;4:5-9.
 6. Throsby K, Gill R. It's different for men: Masculinity and IVF. *Men Masc*. 2004;6:330-48.
 7. van Empel IWH, Nelen WILDM, Tepe ET, van Laarhoven EAP, Verhaak CM, Kremer JAM. Weaknesses, strengths and needs in fertility care according to patients. *Hum Reprod*. 2010;25:142-9.
 8. World Health Organization WHO laboratory manual for the examination and processing of human semen - 5th ed. World Health Organization. Geneva. 2010.
 9. Cortés-Tormo M. Curso Análisis de semen según la OMS 2010. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy, Alicante [consultado: 12 Abr 2016]. Disponible en: <http://alcoy.san.gva.es/laboratorio/Web/Seminograma%20OMS%202010.pps>.
 10. Spiegelhalter DJ, Thomas A, Best N, Lunn D. WINBUGS User Manual, Version 1.4. 2002. Disponible en www.mrc-bsu.cam.ac.uk/bugs [Consultado: 12/04/2016].
- J. Ramos-Brieva^{a,*}, P. González^b, S. Rodríguez^b, M.C. Botas^b, O. Vicente-López^c y A. Cordero-Villafáfila^d
- ^a *Coordinación de Calidad, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*
^b *Laboratorio de Andrología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España*
^c *Centro de Salud de Las Rozas, Las Rozas, Madrid, España*
^d *Centro de Salud Mental Miraflores, Alcobendas, Madrid, España*
- * Autor para correspondencia.
 Correo electrónico: jramosb@salud.madrid.org (J. Ramos-Brieva).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.05.003>
 1134-282X/
 © 2016 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Evaluación del conocimiento en la composición de fluidos de resucitación del personal médico en formación



Evaluation of knowledge in the composition of fluids of resuscitation of the personnel medical intraining

Sra. Directora:

La administración de fluidos y electrolitos, es una parte del tratamiento del enfermo hospitalizado, que tradicionalmente se ha delegado en el personal médico en formación¹. En este sentido, existen estudios que concluyen que dicho personal presenta un inadecuado conocimiento al respecto, que deriva en una prescripción subóptima de fluidos y electrolitos². Presentamos los datos de una encuesta de conocimientos fluidoterápicos realizada entre los médicos en formación de un hospital universitario de tercer nivel, llevada a cabo con el objetivo de conocer la base teórica que poseen los médicos residentes de nuestro hospital con relación a la fluidoterapia a su disposición. El grueso del cuestionario estuvo encaminado a establecer el conocimiento de la formulación electrolítica normal de un sujeto sano y la composición en diferentes fluidos. La encuesta fue realizada y validada por especialistas en medicina intensiva.

La encuesta se hizo llegar a 203 residentes de un hospital de tercer nivel. Los residentes fueron clasificados en 3 grupos según su especialidad: residentes de especialidad médica (EM: cardiología, digestivo, endocrinología, hematología, medicina interna, oncología, neurología, neumología y reumatología), residentes de especialidad quirúrgica (EQ: cardio-vascular, cirugía general, ginecología,

maxilofacial, otorrinolaringología, neurocirugía, urología y traumatología) y un tercer grupo de residentes de anestesia-reanimación y medicina intensiva (EAI).

La forma de hacer llegar el formulario, fue vía correo electrónico corporativo y/o personalmente por colaboradores del estudio, con posterior recogida anónima de los datos. No se propuso un tiempo máximo para contestar al cuestionario. El periodo de estudio fueron los meses de enero y febrero de 2016. El resultado de los cuestionarios eran introducidos en un archivo Excel® para su posterior análisis.

Para clasificar el nivel de conocimiento en fluidoterapia se realizó una escala de conocimientos que constaba de 4 categorías: los médicos que obtuvieron entre 0-5 puntos se consideró que presentaban un conocimiento deficiente en fluidos, aquellos con una puntuación entre 6-10 se clasificaron como regular conocimiento, entre 11-15 buen conocimiento y > 16 conocimiento excelente.

El análisis descriptivo se llevó a cabo calculando la frecuencia absoluta y porcentajes. El análisis comparativo se efectuó mediante la prueba de Chi-cuadrado.

Se obtuvieron 138 encuestas adecuadamente cumplimentadas. La tasa de cumplimentación de la encuesta fue del 68%. Del total de encuestas recogidas, el 26% pertenecía a residentes de primer año, el 35% de segundo, el 21% de tercero, el 11% de cuarto y el 7% de quinto año.

Del total de la muestra, 7 encuestados (5,0%) presentaban un nivel deficiente de conocimientos, 58 (42,0%) un nivel regular, 56 (40,5%) un nivel bueno y 18 (13,0%) un excelente nivel. Los residentes en su último año de formación (cuarto y quinto año), en ningún caso presentaban un nivel deficiente de formación. Los residentes de las especialidades de anestesia-reanimación y medicina intensiva presentaban el mayor porcentaje de excelente nivel de conocimiento (63,1%) ($p=0,001$) (tabla 1). Por otro lado, únicamente en 46 encuestas (33,3%) se clasificaba el suero salino al 0,9% como cristaloides no balanceado. Sin embargo 65 residentes