

tico. La UDR es un dispositivo asistencial útil y bien aceptado para el diagnóstico precoz de enfermedades potencialmente graves, como alternativa a la hospitalización, que puede ser implementado en hospitales de cualquier nivel de complejidad. No se requiere de una inversión en infraestructura ni supone un coste elevado para el centro. En nuestra experiencia, se puede ofrecer inicialmente a pacientes que acudan al servicio de urgencias, y ampliarse de forma progresiva en función de la demanda y los recursos disponibles. Resulta fundamental una firme implicación institucional en el proyecto, profesionales motivados para el desarrollo de la UDR, una intensa labor informativa a los facultativos para que conozcan los criterios de derivación adecuados y el diseño de circuitos ágiles para la solicitud de interconsultas a la UDR y la realización de las pruebas complementarias necesarias.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Torres M, Capdevila JA, Armario P, Montull S. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. *Med Clin (Barc)*. 2005;124:620-6.
2. Capell S, Comas P, Piella T, Rigau J, Pruna X, Martínez F, et al. Unidad de diagnóstico rápido: un modelo asistencial eficaz y eficiente. Experiencia de 5 años. *Med Clin (Barc)*. 2004;123:247-50.
3. San José A, Jiménez X, Ligüerre I, Vélez MC, Vilardell M. Atención especializada ambulatoria rápida de patologías médicas desde un hospital universitario terciario. *Consulta de atención inmediata. Rev Clin Esp*. 2008;208:71-5.
4. Rubio-Rivas M, Vidaller A, Pujol i Farriols R, Mast R. Unidad de diagnóstico rápido en un hospital de tercer nivel. Estudio descriptivo del primer año y medio de funcionamiento. *Rev Clin Esp*. 2008;208:561-3.
5. Torné J, Encinas X, Vidal JM, Baucells JM. Modelo multidisciplinario de una unidad de diagnóstico rápido. *Med Clin (Barc)*. 2011;136:129-30.
6. San José A, Pérez J, Pardos-Gea J, Vilardell M. Consulta de atención inmediata. Experiencia de tres años. *Rev Clin Esp*. 2010;210:55-6.
7. Herranz S, Noguerras C, Casanovas A, Jordana R, Monteagudo M, Ciurana JM, et al. Consulta diagnóstica de medicina interna: objetivos y resultados. Experiencia 1998-2002 en la Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. *Rev Clin Esp*. 2002;202 Suppl 1:S9-11.
8. De Santos PA, Jimeno A, García MC, Elices MI, Almaraz A, Muñoz MF. Evaluación de las consultas de atención inmediata en medicina interna (hospital clínico universitario de Valladolid). *Rev Clin Esp*. 2006;206:84-9.

C. Pérez Vega*, M.A. Polvorosa Gómez,
C. Rodríguez Ramos
y E. Rodríguez de Castro Hurtado

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Mateu Orfila,
Mahón, Islas Baleares, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cperezvega@hotmail.com
(C. Pérez Vega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.06.005>
1134-282X/

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

Historia clínica como herramienta para mejora del proceso de atención



Clinical records as a tool for enhancing medical care

Sra. Directora:

La historia clínica se puede definir como un documento donde se recoge la información que procede de la práctica clínica relativa a un paciente, y donde se mencionan todos los procesos a los que ha sido sometido¹. Este documento forma parte importante en la atención adecuada e integral del paciente. Es un documento médico-legal que avala la actuación del personal médico¹.

La correcta administración y gestión de las historias clínicas contribuyen a mejorar la calidad de atención de los pacientes. Además, ayuda a la recolección de datos para estudios de investigación, elaboración de estadísticas y sirve de enseñanza para estudiantes y profesionales².

Existe una relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las historias clínicas, permitiendo el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales

sanitarios. Estos registros constituyen la base para la toma de decisiones médicas en el diagnóstico y tratamiento, y permiten la evaluación de los diferentes problemas de salud. Sin embargo, la ausencia de datos en las historias clínicas es un error frecuente³.

Un problema frecuente en las historias clínicas es la ausencia de datos del paciente y la ilegibilidad de la letra, lo que dificulta conocer la situación de salud del paciente. Esto puede generar que el médico no tenga información suficiente sobre la evolución clínica y el tratamiento previo del paciente. Así mismo la evolución y el tratamiento son datos importantes para valorar si hay o no respuesta clínica adecuada.

Con frecuencia los datos ausentes en la historia clínica son: antecedentes patológicos, exámenes auxiliares, procedencia, prioridad de atención, y fecha y hora de ingreso de los pacientes.

La historia clínica es un instrumento utilizado tanto por el personal médico como por enfermeras, nutricionistas, psicólogos, como por otros profesionales de la salud. La enfermera cumple un papel importante al efectuar las indicaciones médicas escritas en la historia clínica, por lo tanto, la ilegibilidad de la letra, así como el uso de un lenguaje médico inadecuado puede generar dificultades en el cumplimiento de estas indicaciones.

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 Inchástegui-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.