

**Revista Facultad Nacional
de Salud Pública**

Revista Facultad Nacional de Salud Pública

ISSN: 0120-386X

ISSN: 2256-3334

Universidad de Antioquia

López-Cano, Lina María; Yepes-Delgado, Carlos Enrique
Calidad del registro de la historia clínica: autocrítica desde los médicos internistas
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 41, núm. 2, e04, 2023, Mayo-Agosto
Universidad de Antioquia

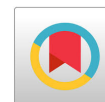
DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e350725>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12076138004>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UAEH redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto



Calidad del registro de la historia clínica: autocrítica desde los médicos internistas*

Quality of medical record documentation: general internists self-criticism

Qualidade do registro da história clínica: autocrítica dos internistas

Lina María López Cano¹ Carlos Enrique Yepes Delgado²

¹ Magíster en Educación Superior en Salud. Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Colombia. lina.lopezc@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4173-7047>

² Doctor en Epidemiología. Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe, Colombia. carlos.yepes@udea.edu.co. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5656-4989>

Recibido: 23/08/2021. Aprobado: 21/11/2022. Publicado: 22/12/2022

López-Cano LM, Yepes-Delgado CE. Calidad del registro de la historia clínica: autocrítica desde los médicos internistas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2023;41(2):e350725. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e350725>

Resumen

Objetivo: Describir la reflexión autocrítica que médicos especialistas en medicina interna hacen de la calidad del registro de la información en la historia clínica electrónica, en el Hospital Pablo Tobón Uribe. **Métodos:** Estudio cualitativo que aplicó técnicas de la teoría fundamentada, con entrevistas semiestructuradas en profundidad a quince médicos internistas de un hospital de alta complejidad en Medellín, Colombia. El análisis partió de una conceptualización con codificación abierta y, luego, se hizo la agrupación de códigos en categorías descriptivas. Se identificaron propiedades y dimensiones que fueron relacionadas mediante la codificación axial con la matriz del paradigma de la teoría fundamentada, que permitió la emergencia de una categoría más abstracta. **Resultados:** Los entrevistados manifestaron que la historia clínica guarda información fundamental e invaluable, que contribuye al mejoramiento de la salud de los pacientes.

Relacionaron la calidad del diligenciamiento de la historia clínica con un contexto regulatorio nacional, el cual tiene exigencias administrativas y financieras que ejercen presión de requerimientos externos a la clínica sobre su diligenciamiento. Se reconoce la influencia de la cultura digital y del inmediateismo, debilidades en la formación del diligenciamiento de la historia clínica tanto en pregrado y posgrado. Lo anterior distancia al médico del paciente, genera desmotivación en el ejercicio de su profesión y facilita cometer errores. **Conclusiones:** Existe una contradicción entre el “deber ser” del diligenciamiento con calidad de la historia clínica y lo que sucede en la práctica, pues su intencionalidad original de ser una herramienta al servicio de la asistencia clínica se desvirtúa, al privilegiar el haberse convertido en un instrumento que responde a otros factores externos del sistema de salud del país.

-----**Palabras clave:** calidad de la atención de salud, historia clínica, medicina interna, registros electrónicos de salud, sistemas de información en hospital, teoría fundamentada.

* El manuscrito fue derivado de trabajo de grado de la Maestría en Educación Superior en Salud

Abstract

Objective: to describe the self-critical reflection that internal medicine specialists make on the quality of the information recorded in the electronic medical record in a high complexity hospital. **Methods:** qualitative study that applied Grounded Theory techniques, with semi-structured in-depth interviews to fifteen internists of the Pablo Tobón Uribe Hospital in Colombia. The analysis was based on a conceptualization with open coding and then grouping of codes into descriptive categories. Properties and dimensions were identified and related through axial coding with the matrix of the Grounded Theory paradigm, which allowed the emergence of a more abstract category. **Results:** the interviewees informed the medical records keeps invaluable and fundamental information which contributes to the improvement of patient's health. They related the quality of medical records fill out with a national regulatory context, which has administrative

and financial challenges that demands external pressure over the completion requirements in the medical assistance. The influence of digital culture and immediacy and insufficiencies skills in undergraduate and postgraduate medical training for a comprehensive fill out medical records, are recognized. The above distances the physician from the patient, generates demotivation in the practice of his profession and makes it easier to make mistakes. **Conclusions:** there is a contradiction between the "should be" of the quality of the medical records and what happens in practice, since its original intention of being a tool at the service of clinical care is distorted, as it has become a tool that responds to other external factors to the National health system.

-----**Keywords:** Quality of Health Care; Medical Records; Hospital Information Systems; Electronic Health Records.

Resumo

Objetivo: Descrever a reflexão autocrítica que os médicos especialistas em medicina interna fazem sobre a qualidade da informação registrada no prontuário eletrônico do Hospital Pablo Tobón Uribe. **Métodos:** Estudo qualitativo que aplicou técnicas de teoria fundamentada, com entrevistas semiestruturadas em profundidade com quinze internos de um hospital de alta complexidade em Medellín, Colômbia. A análise partiu de uma conceituação com codificação aberta e, em seguida, foi feito o agrupamento dos códigos em categorias descritivas. Foram identificadas propriedades e dimensões que se relacionaram por meio da codificação axial com a matriz do paradigma da teoria fundamentada, o que permitiu o surgimento de uma categoria mais abstrata. **Resultados:** Os entrevistados relacionaram a qualidade do preenchimento da história clínica com um contexto regulatório que impõe exigências administrativas e financeiras que exercem pressão

de exigências externas à clínica no seu preenchimento. Reconhece-se a influência da cultura digital e do imediatismo, as insuficiências na formação médica graduada e pós-graduada e as limitações dos médicos nas habilidades de comunicação. Isso distancia o médico do paciente, gera desmotivação no exercício de sua profissão e facilita erros. **Conclusões:** Existe uma contradição entre o "deveria ser" de preencher a anamnese com qualidade e o que ocorre na prática, pois sua intenção original de ser uma ferramenta a serviço do atendimento clínico é desvirtuada, ao privilegiar ter se tornado um instrumento que responde a outros fatores externos ao ato médico e às exigências administrativas do sistema de saúde.

-----**Palavras-chave:** qualidade dos cuidados de saúde, história clínica, medicina interna, registros eletrônicos de saúde, sistemas de informação hospitalar, teoria fundamentada.

Introducción

Los primeros registros de información sobre la atención en salud hacen referencia a las civilizaciones egipcias, griegas y romanas, donde se produjeron escritos en lápidas, y luego en papiros, que recogían la necesidad del ser humano de enseñar la medicina y contenían procedimientos de cirugías y tratamientos de enfermedades [1].

Posteriormente, se conoció sobre 42 registros clínicos bien caracterizados en "Las epidemias I y III" del *Corpus hippocraticum*, que se convirtieron en el fundamento del documento pilar del saber médico. En los siglos XIX y XX, la historia clínica (HC) se convierte en un documento multidisciplinar, elaborado con riqueza

descriptiva, precisión y coherencia interna por profesionales que asisten al paciente [2].

En 1918, el Colegio Americano de Cirujanos de Estados Unidos acogió las recomendaciones del profesor Abraham Flexner sobre la transformación radical en la educación médica, que incluyó estándares de auditoría a las HC [3].

La HC permite registrar información y eventos relacionados con la atención del acto médico, siendo un recurso fundamental en la relación entre el médico y el paciente [4]. El núcleo de la informática clínica en la actualidad es la *historia clínica electrónica* (HCE), que articula aplicativos clínico-administrativos con el manejo de datos de las instituciones prestadoras de servicios

de salud (IPS). Con valor científico, técnico y jurídico, la HC permite tomar decisiones y ejecutar acciones en favor de los pacientes, con impacto en la salud pública [5], al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la HCE como insumo fundamental de los sistemas de salud, y tiene por objetivo global mejorar la calidad de los datos sanitarios.

La calidad del registro es un insumo de alto valor para el seguimiento de las condiciones del paciente, relevante para el sistema de salud y para la investigación [6]. Las deficiencias en la información sanitaria y la carencia de personal cualificado para el registro con calidad del dato arriesgan con colapsar los sistemas de salud [7], en la medida que se afectan las decisiones en lo que respecta a gastos sanitarios, poder responder a necesidades sanitarias específicas de los países y para medir los progresos y las repercusiones de los programas de salud. La mayoría de la población del mundo habita en naciones que no cuentan con estadísticas confiables sobre las muertes, desagregadas por variables sociodemográficas básicas, lo que incide sustancialmente en el reconocimiento de las prioridades sanitarias del país [8]. Disponer de información con calidad es una condición esencial para que los tomadores de decisiones puedan desarrollar e implementar políticas, planes y proyectos que logren manejar los recursos eficientemente.

En Colombia, a partir de la Ley 100 de 1993 [9], el actual modelo de salud estableció la norma sobre el manejo de la HC, mediante la Resolución 1995 de 1999, al definir la obligatoriedad del registro de lo observado, los conceptos, las decisiones y los resultados de las atenciones en salud por los profesionales, técnicos y auxiliares de salud [10]. Se espera que los Comités de HC de las IPS adopten y cumplan las normas sobre el manejo de los registros médicos, realicen recomendaciones sobre los formatos y anexos de la HC, así como mejoren los registros en ella consignados. Las IPS deben proveer los recursos para la administración y el funcionamiento del archivo de HC.

Al estudiar las publicaciones recientes acerca de la evaluación de la calidad de las HCE, se encuentra que suelen enfocarse en la revisión sistemática y estadística de los registros con listas de chequeo sobre la HC ya diligenciada [11]. Además, se reconoce lo poco que se sabe sobre la percepción de los médicos en relación con el uso de la HCE, a pesar de estudios hechos con minería de datos, que evidencian criterios de satisfacción asociados con la rapidez y la facilidad de las prescripciones rápidas, y la posibilidad de atender un mayor número de pacientes [11]. Por su parte, la insatisfacción se vincula principalmente con la obstaculización de la relación médico-paciente [12]. Por otro lado, y lo que es muy importante, si bien la HCE aporta fiabilidad y seguridad a la atención en salud, se sabe que aumenta el agotamiento de los médicos, por la compleja interacción entre

tecnología, política y asistencia, que redunde en mayor frustración de la práctica médica con la HCE [13].

Si bien este enfoque cuantitativo es importante, se torna insuficiente, al desconocer una perspectiva profunda y preventiva que involucre, en la evaluación, al médico como fuente primaria del registro. El galeno, en evaluaciones de calidad tradicionales, se limita al reconocimiento de errores u omisiones [14]. En ese sentido, se hace relevante promover la reflexión entre los médicos sobre los criterios de calidad que tienen en cuenta en los registros asistenciales. De ahí derivan recientes estudios cualitativos, que reconocen que las perspectivas de los médicos sobre la HCE están insuficientemente estudiadas y que parte de la resistencia para el uso de la HCE se entiende desde el comportamiento mismo del personal médico, reflejo de sus propios valores y creencias, lo que corrobora incluso la interferencia que la HCE puede implicar en la relación con sus pacientes [15,16]. En ese sentido, dos referencias apoyan la necesidad de conocer en profundidad las prácticas de documentación que hacen los médicos [17,18].

La calidad de la HC claramente está relacionada con la forma como el médico asume y valora el acto del registro [14]. De ahí la importancia de la pregunta dirigida a los médicos sobre la autocrítica que hacen del propio diligenciamiento de la HC y, en consecuencia, la selección del enfoque cualitativo para responderla.

Por tanto, el objetivo de este estudio fue describir la reflexión autocrítica que médicos especialistas en medicina interna hacen de la calidad del registro de la información en la HCE en el Hospital Pablo Tobón Uribe de Medellín.

Metodología

Estudio cualitativo que usó codificación y categorización de la teoría fundamentada (TF). El soporte teórico fue el interaccionismo simbólico, para comprender el comportamiento de las personas desde los significados de sus experiencias. La TF genera abstracciones teóricas, surgidas de datos recogidos de vivencias personales en entornos concretos [19].

La población de estudio fueron 15 médicos internistas del Hospital Pablo Tobón Uribe, IPS de alto nivel de complejidad en Colombia. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los médicos participantes (véase Tabla 1), seleccionados inicialmente a conveniencia, empezando por quienes tenían experiencia, en su especialidad, de 5 años o más.

Tabla 1. Características de los médicos internistas entrevistados

Entrevista	Sexo	Edad	Estudios universitarios			Años de experiencia asistencial		Experiencia Otras instituciones
			Universidad pregrado	Universidad posgrado	Otros estudios	Médico general	Internista	
1	Masculino	34	Pública	Pública	Sí	1,5	5	Sí
2	Femenino	41	Pública	Pública	Sí	1,5	12	Sí
3	Masculino	61	Privada	Pública	Sí	2,5	31	Sí
4	Femenino	49	Privada	Privada	Sí	3	20	No
5	Masculino	42	Pública	Pública	No	6	13	Sí
6	Femenino	35	Privada	Privada	Sí	4	4	Sí
7	Masculino	56	Privada	Privada	No	9	23	No
8	Masculino	33	Pública	Pública	No	8	4,5	Sí
9	Masculino	37	Internacional	Internacional	Sí	2	4	Sí
10	Masculino	45	Privada	Pública	No	8	7	Sí
11	Masculino	55	Privada	Privada	Sí	2	23	No
12	Masculino	34	Pública	Pública	No	1,5	6	Sí
13	Femenino	30	Pública	Pública	No	1	2	Sí
14	Masculino	32	Pública	Pública	No	3	2	Sí
15	Femenino	33	Privada	Privada	No	4	3	Sí

Tras las primeras cinco entrevistas, con el surgimiento de las categorías iniciales, se hizo muestreo teórico [19], para profundizar y maximizar las variaciones en los conceptos emergidos. Para ello, se modificó el guion de entrevista y se hicieron las otras entrevistas a internistas que tuvieran incluso menor experiencia de la pretendida inicialmente.

Se decidió suspender la recolección de datos tras la entrevista número 15, pues a pesar de variar las preguntas, las respuestas empezaron a redundar sobre lo hallado previamente.

Los criterios de inclusión fueron: ser médico internista en ejercicio, que hubiese estado ya vinculado al hospital en el período 2018-2019 y aceptar participar. La selección del área de saber fue la medicina interna, porque además de ser la especialidad que históricamente ha sido reconocida en el hospital como la que mejor diligenciamiento de la HC realiza, es la disciplina médica que más pacientes atiende en el hospital, con un 26 % de los egresos hospitalarios. Ninguno de los invitados se negó a participar.

La entrevista fue concertada, se protegió su anonimato y firmaron un consentimiento informado, aprobado por el Comité de Ética en Investigaciones del hospital.

El guion de la entrevista indagó por los siguientes aspectos:

Hablemos inicialmente de la formación recibida tanto en pregrado y posgrado, sobre calidad del registro de las historias clínicas: ¿cómo fue la formación que la universidad le brindó en pregrado y posgrado para la elaboración de las historias clínicas? Cuénteme la experiencia de una clase o acerca de algún profesor que usted recuerde, en la que se trató y aportó sobre el diligenciamiento de la HC. ¿Qué les recomendaría a las facultades de Medicina, sobre cómo fortalecer la enseñanza del diligenciamiento de las historias clínicas?

Ahora vamos a hablar sobre los aprendizajes que a partir de su experiencia profesional reconocen en relación con el mejor diligenciamiento de la HC: ¿recuerda usted cómo diligenciaba las primeras historias clínicas como médico general? ¿Recuerda usted cómo diligenciaba las primeras historias clínicas como médico especialista? ¿Cuéntenos cuáles serían las diferencias del diligenciamiento entre las primeras historias clínicas y las que hoy diligencia? Si lo ha hecho, ¿cómo ha realimentado a algún colega o ha sido realimentado sobre la forma como se debería diligenciar la HC? ¿Qué importancia le da en su quehacer a la HC?

Conversemos ahora sobre las motivaciones y la valoración que se le da a la calidad del registro en la HC: cuéntenos, dentro de su experiencia, ¿qué es lo que más ha disfrutado en el ejercicio de su profesión? ¿Cuáles

son sus principales motivaciones para una adecuada elaboración de historias clínicas? ¿Qué aspectos considera usted debe contener una HC para que esta sea de buena calidad? ¿Cuéntenos para qué cree usted que sirve la información de la HC? ¿Qué grado de importancia considera usted debe tener la calidad en la HC para una institución de salud y para un sistema de información de salud?

Hablemos de la autocrítica que los médicos pueden desarrollar en torno al propio diligenciamiento de la HC: para usted, ¿qué representa tener que diligenciar historias clínicas? Durante la elaboración de la HC, ¿qué tanto se cuestiona usted si lo está haciendo adecuadamente? ¿Cómo cree que repercute, en usted, el diligenciamiento de la HC? ¿Cómo cree que repercute, en el paciente, el diligenciamiento de la HC? ¿Cómo cree que repercute, en el sistema de información hospitalario y en el sistema de salud, el diligenciamiento de la HC?

Los audios se transcribieron y fue verificada su fidelidad.

El análisis tuvo dos momentos: uno descriptivo y otro analítico e interpretativo. En el descriptivo se efectuó la codificación abierta y se estandarizaron los códigos entre investigadores. Se agruparon en categorías

descriptivas y se identificaron propiedades y dimensiones de la TF.

El momento analítico se profundizó mediante codificación axial, con la generación de la matriz paradigmática de la TF, con su fenómeno, contexto, causas, relaciones de acción e interacción y consecuencias.

Además, se efectuó un análisis comparativo constante entre códigos, categorías, referencias teóricas, la teoría emergida y la interpretación de los investigadores [20]. La reflexividad permitió tomar conciencia de los constructos utilizados como punto de partida por los investigadores y se reconocieron las limitaciones del análisis con transparencia.

Tras los análisis se obtuvieron 1635 códigos, agrupados en 37 categorías descriptivas (véase Tabla 2) y 76 propiedades. La categoría final, expuesta en los resultados, fue presentada ante la división médica del hospital y el comité de historias clínicas, quienes valoraron lo encontrado.

Para el análisis se utilizó el paquete de Office® de Microsoft® con sus aplicaciones Word® y Excel®, para la codificación abierta y axial, respectivamente, en la versión 2019.

Tabla 2. Categorías descriptivas iniciales

Arte y estética	Calidad	Cirujanos	Complejidad
Comunicación	Comunicación con enfermeras	Confianza	Credibilidad
Cultura de la información	Currículo	Currículo oculto	Datos valiosos
Decisiones compartidas	Ética	Experiencia	Fatiga
Formación	Hábitos de escritura en historia clínica electrónica	Historia clínica electrónica	Humanización de la atención
Interdisciplinariedad	Kardex	Limitaciones	Medicamentos
Medicina de alto valor	Notas de enfermería	Omisión	Paradigmas
Pensamiento reflexivo	Prestigio	Realimentación	Requerimientos de médicos
Rondas conjuntas	Seguridad del paciente	Sesgo cognitivo	Significado de la historia clínica
Tecnologías de información			

Aspectos éticos

El presente trabajo de investigación se basó en la Declaración de la World Medical Association Helsinki 2016 [21], “Principios éticos para la investigación médica que involucra a sujetos humanos”, en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud [22], y en las “Normas éticas para la investigación en humanos”, enunciados en la Resolución 2378 de 2008 [23]. Con base en ello, se preservaron los principios éticos como

beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia en los participantes.

La investigación propuesta tenía un nivel de clasificación de riesgo mínimo, pues no implicaba intervenciones de variables biológicas, fisiopatológicas, sociológicas o sociales, o que tuvieran que ver con aspectos sensitivos de la conducta, según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. No participaron grupos vulnerables.

El protocolo de este estudio fue aprobado por los comités de ética de la Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, mediante el Acta de aprobación 014 del 20 de septiembre de 2018, y del Hospital Pablo Tobón Uribe, Acta 20/2018, del 19 de octubre de 2018, con registro de protocolo 2018-085.

Resultados

Los médicos internistas entrevistados dieron a conocer sus apreciaciones acerca de la calidad del registro de la HC basados en su experiencia, en el conocimiento de las HC que muchos pacientes traen de otras IPS, de su par-

ticipación en telemedicina, y desde sus motivaciones y propia autocrítica (véase Figura 1).

Es reconocida, por ellos, la influencia de la cultura digital, que presiona hacia el inmediatismo, además de la insuficiencia en la formación en pregrado y posgrado que algunos tienen respecto del diligenciamiento de la HC, además de algunas limitaciones en competencias comunicacionales. Lo anterior facilita cometer errores y genera desmotivación en el ejercicio de su profesión.

Consideran que debe preservarse el fundamento de la HC como herramienta de información y comunicación en el acto médico, que aporta claridad y orienta la atención con calidad a la salud de los individuos.

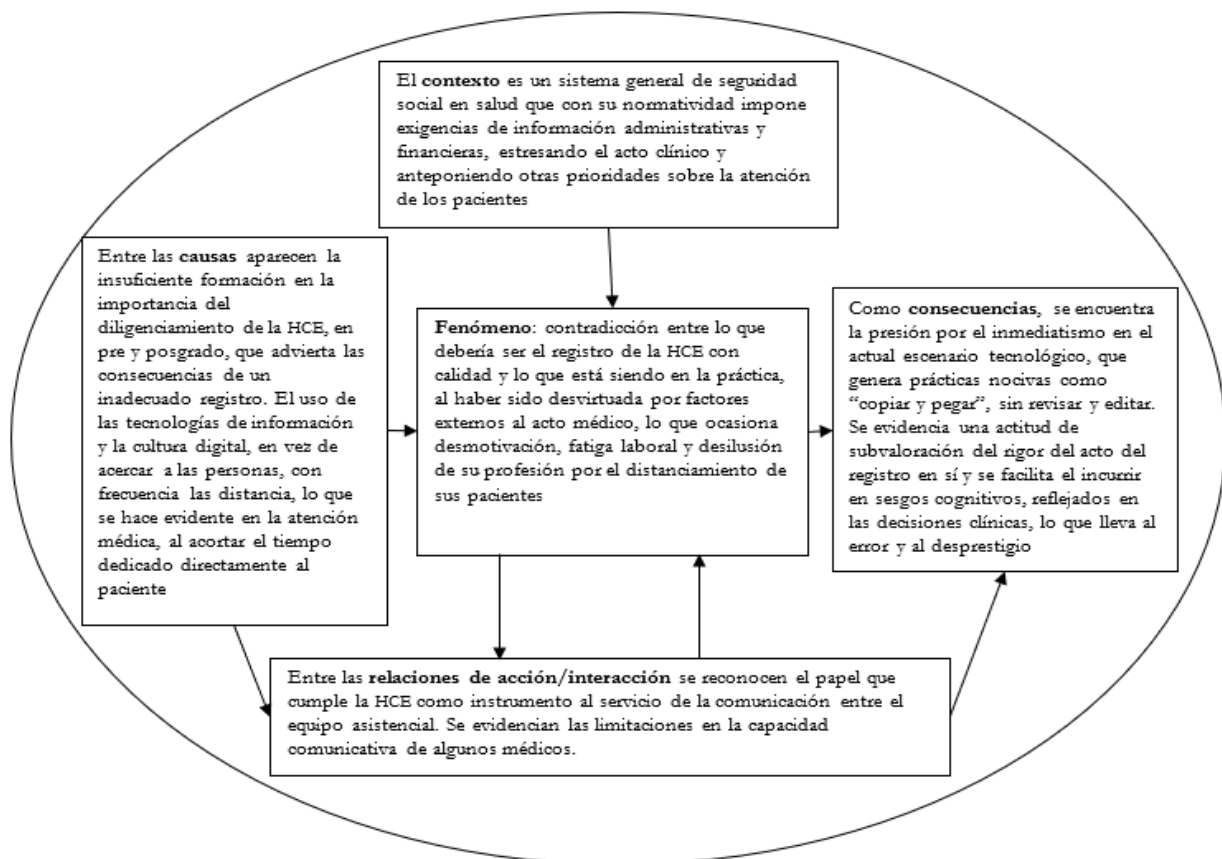


Figura 1. Matriz paradigmática que refleja la categoría principal del estudio: la contradicción entre lo que debería ser el registro de la HCE con calidad y lo que está siendo en la práctica. HCE: Historia clínica electrónica.

En sus testimonios, ellos señalan cómo, desde el primer contacto con el paciente, se debe tener una metodología clara de atención y documentación, lo que solo se consigue elaborando una HC que consigne claramente cómo fue el interrogatorio al paciente, el chequeo médico y la revisión por sistemas, entre otros.

Para ellos, un diligenciamiento adecuado debe contener, de manera clara, concreta y colaborativa, toda la información obtenida producto de la valoración del paciente. Así pues, la HC guarda información fundamental e inestimable, que contribuye al mejoramiento de la salud de los pacientes.

[...] la historia clínica tradicional, vuelvo a repetirlo, el motivo de consulta, la enfermedad actual, la revisión por sistemas, el examen físico, ese es otro aspecto que sigue muy vigente [...] el examen físico genera confianza [Entrevista 11].

El fenómeno central muestra la contradicción que los participantes perciben entre lo que debería ser diligenciar una HCE con calidad y lo que es en la práctica. La intencionalidad de ser una herramienta al servicio de la clínica está desvirtuada. Expresaron preocupación y decepción frente al actual diligenciamiento y el rol de la HCE, pues primordialmente cumple una función de respuesta a requerimientos administrativos y financieros como criterio de calidad, para justificar el pago de los servicios prestados. Normas y regulaciones avalan tales prácticas, haciendo que los profesionales asistenciales dediquen demasiado tiempo a la documentación para evidenciar los recursos empleados en la atención. Algunas consecuencias son desconfianza en su propia labor, fatiga laboral y desilusión de su profesión, pues estudiaron para atender a pacientes y no para ser notarios del uso de los insumos hospitalarios. También expresaron la vulneración de la HC, otrora principal herramienta del trabajo asistencial, instrumentalizándose en favor de otros intereses que los distancia de los pacientes.

[...] menos de la mitad de la historia clínica en estos momentos es clínica; legalmente, es historia administrativa y eso es lo que están evaluando como calidad, y en esa maraña de cosas administrativas se pierde lo clínico [Entrevista 1].

Los registros y las estadísticas hacen parte de múltiples cosas que tenemos que hacer; entonces, siendo muy importante, uno desestima eso, porque de cara al paciente, para uno, eso es lo importante [Entrevista 10].

El contexto de la mencionada contradicción entre teoría y práctica de la HCE es un Sistema de Seguridad Social con su normatividad sobre calidad, que mediante

reglamentaciones demanda permanentemente información y exige mayor registro de datos, de asuntos no relacionados directamente con la enfermedad, con el riesgo de que las aseguradoras glosen las facturas y puedan no ser pagadas, por inconformidad de ellas, con el valor total o parcial de la factura emitida tras el servicio prestado. Esto demanda un numeroso desarrollo de sistemas de información institucionales para responder a dichos requerimientos.

Además, existe desmotivación del personal médico frente a aspectos del sistema de salud no relacionados directamente con la clínica y principalmente por exigencias de información en la HCE, y por no poder dedicar su tiempo exclusivamente a los pacientes, empeorada por las posibles sanciones en las que pueden incurrir al no diligenciar la HC como se espera.

¡Qué buena nota hiciste![†] Es que, si no, me lo glossaban. Es una motivación real, pero incorrecta. Aun si no hay requerimiento administrativo legal, judicial, la historia debería reflejar lo que hacemos [Entrevista 4].

Pasamos más parte de la atención elaborando la historia clínica en el sistema que con el paciente, y eso no está bien [Entrevista 8].

Como causas de la contradicción en el registro en la HC, manifestaron que, desde la formación en pre y posgrado de Medicina, a excepción del curso de semiología, no existe una asignatura que enseñara la importancia del diligenciamiento de la HC, los alcances y las consecuencias de un inadecuado registro.

Parte de la heterogeneidad encontrada en la HC surge de la divergente instrucción del registro por las especialidades en medicina. El currículo oculto muestra cómo “las historias clínicas bien realizadas deben dejarse en manos de los médicos internistas”, palabras que son reforzadas por docentes de algunas especialidades, que presionan a los estudiantes a que reduzcan al máximo la información allí consignada.

La calidad de la historia clínica depende de la rama de la medicina en la cual uno esté, independientemente de si es quirúrgico o clínico [Entrevista 1].

En la universidad, como tal, no hay una materia estructurada, que uno dijera: “cómo hacer una historia clínica o calidad de la historia clínica”, sino que eso lo aprendimos en la semiología [Entrevista 2].

La HC devela la ética profesional, al dar cuenta del respeto que el médico expresa por su paciente, lo que se debió reflejar al consignar responsablemente la información confiada. Eso incluye el transparente registro de lo

[†] El médico entrevistado se refiere a la anotación en la historia clínica hecha por otro médico (Nota de los autores).

ocurrido en la atención, y al ser leída por otros fácilmente, lleva a reconocer de quién proviene, lo que permite un aprendizaje para otros.

Yo creo que es un acto de compromiso con el paciente y de responsabilidad ética conmigo misma... porque las notas hablan de lo que yo hago y de lo que yo soy [Entrevista 4].

Aunque parezca una ventaja actual, el uso de las tecnologías de información y la cultura digital, en vez de acercar a las personas, con frecuencia las distancia, lo que se hace evidente en la atención médica, al acortar el tiempo dedicado directamente al paciente por ocuparse más del registro de la información.

[...] desafortunadamente, creo que las historias clínicas electrónicas nos han hecho pegarnos mucho al computador y desapearnos de escuchar ese paciente, omitimos detalles importantes por esa “tecnología” en la que nos metemos [Entrevista 2].

Entre las relaciones de interacción que destacan alrededor de la contradicción en el registro de la HCE está el papel que ella cumple como instrumento al servicio de la comunicación entre el equipo asistencial, independiente de cuántos participen de su diligenciamiento. La claridad y la cronología del registro deberán ser insumos para el correcto aprovechamiento de quienes hacen la interconsulta.

A veces yo necesito ir sobre la historia clínica para recordar y buscar cosas y las encuentro. Me permite ir caminando en lo que yo quiero hacer. Al registrar en la historia clínica, le dejo el mensaje al otro, y para mí es un sistema también de consulta y retroalimentación. Entonces, yo a la historia clínica y el registro le veo mucho valor [Entrevista 3].

Entonces, leer una historia clínica refleja a cabalidad lo que había significado el ejercicio del abordaje del paciente; siempre con una forma, un método, un orden, donde quedaba reflejada claramente la condición del paciente, la impresión diagnóstica y el plan a seguir con ese paciente [Entrevista 4].

De la capacidad comunicativa del médico depende la calidad del respaldo que representa la HC. El no leer lo consignado previamente, el no escribir adecuadamente o el no realimentar al equipo distorsiona la información. La comunicación puede afectarse por falta de confianza, por inoportunidad, por indiferencia o por delegar la responsabilidad en otros, lo que repercute en la calidad de la HC por reprocesos y riesgos en la atención.

[...] tenemos un analfabetismo los médicos [...] ni leemos las historias clínicas. Antes no las leíamos, porque los garabatos del tal doctor no se entendían; y ahora no la leemos porque [...] como que no quisiéramos escuchar al otro, como que no quisiéramos leer al otro; y ahí es donde la comunicación efectiva

falla. Entre cuidadores, es la principal causa de eventos adversos y de muertes prevenibles en el mundo [Entrevista 2].

Es difícil cambiar en los médicos los hábitos sobre la manera de comunicarse y escribir en la HC, pues si no desarrollaron estas competencias en su formación, ni durante su experiencia profesional fueron corregidos sobre la comunicación oral y escrita, al quedar arraigada esa limitación, puede afectar la oportuna resolución de la enfermedad. La HC elaborada con calidad refleja el juicio del acto médico.

[...] hacerla clara, concisa, que le sirva al paciente como documento para aportar en otros sitios, que me sirva para dejar cosas claras y que en el seguimiento haya un hilo conductor; que cuando vuelva el paciente, con solo darle una mirada a la historia clínica, ya puedo empalmar con esta nueva atención de una manera muy fluida [Entrevista 5].

Como consecuencias de la escisión entre la valoración del registro en la HC y que esto no se refleje en la práctica se reconoce que la presión por el inmediateismo en el actual escenario tecnológico degenera en prácticas nocivas, como “copiar y pegar”, sin revisar y editar. Esta situación evidencia una actitud de subvaloración del rigor del acto del registro en sí y facilita el incurrir en sesgos cognitivos, reflejados en las decisiones clínicas. Esta práctica de copiar e insertar textos predefinidos repetidamente se ha generalizado entre los profesionales de la salud, con consecuencias impredecibles para la salud del paciente, la calidad del registro institucional, la prolongación de las estancias hospitalarias y los sobre-costos en la atención.

Si bien la HCE se creó para optimizar el tiempo de la atención, tal propósito no se cumple en su totalidad, pues hay HCE incompletas o saturadas de datos irrelevantes, debido a desconocimiento del manejo de la herramienta, limitaciones de esta, o por no actualizar la información previa, lo que altera la calidad del dato.

[...] el copiar y pegar, me parece un problema muy serio. Llenar la historia de información repetida, todos los días lo mismo, por llenar requisitos legales, administrativos, está siendo información redundante e inútil, que hace perder tiempo al clínico y tener menos contacto con los enfermos [Entrevista 11].

Ante los frecuentes errores de información en la HCE cometidos, pudiera hacerse la aclaración en una nueva nota, reportar el error o contactar al responsable para corregirlo, lo cual dependerá de la gravedad, evitando que se afecte la seguridad del paciente. La realimentación oportuna, respetuosa y concreta por parte de personal administrativo o asistencial, previene y minimiza los riesgos para el paciente. La HC con calidad refleja arte y estética cuando, además de expresar todo el proceso de atención, genera mayor confianza para el paciente, sus

cuidadores y el equipo de salud, pudiendo redundar en prestigio para el profesional y la institución.

[...] un error es algo que uno puede cometer: por desconocimiento, por omisión o simplemente digitación, equivocación que puede ser desde mínima hasta grave. El error tiene muchas facetas y uno debe aprender a recibir las retroalimentaciones de sus colaboradores [Entrevista 3].

[...] la historia clínica, es a los médicos lo que el libro al escritor, y podemos identificar el autor por aquello que está contenido [...] ese manuscrito puede quedar bien o mal, y uno termina por reconocer una buena historia clínica, por el autor [Entrevista 4].

Las HCE elaboradas con calidad evidencian una adecuada cultura del diligenciamiento de la información de la IPS y reflejan un acto médico que promueve el respeto por el paciente, la humanización del servicio, la complejidad en el sentido de lo que significó establecer el o los diagnósticos y tratamientos pertinentes, la interdisciplinariedad humana y científica, y las decisiones compartidas no solo entre el equipo de salud, sino también entre el paciente y su familia.

Un registro clínico con calidad es expresión de que el paciente fue realmente el centro de la atención y la razón de ser institucional, y que la comunicación giró en torno a él, permanentemente y en todas las vías, lo cual se materializa en la escucha atenta, no solo al paciente, sino a su familia y a todo el equipo de salud, en especial la información brindada por el personal de enfermería, quienes tienen el mejor contexto de lo que le sucede al paciente.

Durante las entrevistas, los médicos destacaron la gran labor de enfermería y, además, el enfoque sistémico que tienen de todo lo que acontece al paciente, en su condición de cuidadoras.

[...] enfermería es absolutamente transcendental en el cuidado de los pacientes, y sus registros también deben reflejar eso [Entrevista 4].

Las HC elaboradas con calidad reflejan el juicio del acto médico, esto es, lo que pensó el médico, los diagnósticos que se descartaron o confirmaron, los objetivos que se propuso y los cuidados médicos que brindó a su paciente en pro de la recuperación de la salud. Por esto, el diligenciamiento de la HC debe realizarse con responsabilidad y pulcritud, y reflejar en ella el liderazgo del médico, que al escribir adecuadamente promueve buenas prácticas que motivan a quien la lee a la mejora continua de la información allí consignada.

Por eso es muy importante la historia clínica [...] sentir motivación; es tener deseos de implementar otros aspectos de otras historias clínicas o de la forma como la llevan otros colegas [Entrevista 5].

Discusión

En la actualidad, el personal médico está expuesto a tal cantidad de información, que corre el riesgo de no valorar suficientemente la responsabilidad que implica la captación y el riguroso registro de los datos obtenidos producto del acto médico. Una característica imprescindible del mencionado proceso es la documentación cronológica en la HCE de lo encontrado, pues contribuye con diagnósticos más oportunos, permite prevenir complicaciones [24], así como favorece la información entre el equipo de atención en salud, lo que redundará en la salud del paciente.

En Colombia, la Resolución 3047 de 2008 pudo afectar la esencia de la HC, convirtiéndola en insumo de carácter administrativo y financiero para las IPS, en el contexto del sistema de salud [25], al exigir al médico justificar todas sus órdenes, lo que aporta en la racionalidad de la prescripción y en la sostenibilidad financiera, pero sobrecarga de trabajo al clínico, asunto este suficientemente soportado en estudio previo [16]. Existe evidencia que muestra que la informatización de la medicina, por más que pretenda mejorar el sistema sanitario, puede generar insatisfacción en el personal asistencial, por las dificultades en la usabilidad de los sistemas, el insuficiente apoyo técnico y la falta de instrumentos de apoyo a las decisiones clínicas y de alertas oportunas [12].

La glosa presiona al médico en su ejercicio. El riesgo de glosar facturas recae sobre el médico, estresa el acto clínico y antepone otras prioridades sobre la atención, lo que ocasiona gran desmotivación del clínico. Las IPS han estructurado HCE e incorporado nuevos parámetros para suplir los requerimientos y asegurar la justificación del uso de recursos y evitar su insolvencia [26]. Algún estudio previo ha demostrado que tal sobrecarga administrativa sobre el clínico genera frustraciones, por el excesivo agotamiento, que termina por opacar su éxito en términos de la satisfacción con su ejercicio profesional [13].

La fiel captación de información en la HCE permite hacer diagnósticos de algunas patologías sin necesidad de otros recursos tecnológicos que implican mayores costos, pues no siempre se requiere de confirmación con exámenes de laboratorio o el uso de la tecnología [27,28]. Pese al tiempo destinado a la consulta, el médico puede cometer errores por no escribir, abreviar u omitir información obtenida del acto médico [29,30]. De ahí la importancia de su formación. Aprender a diligenciar una buena HCE es ineludible en los planes de estudio de Medicina de una universidad [31].

La ética debería expresarse en la ejecución de un acto médico impecable, independiente de la experiencia del profesional, con la generación de un riguroso registro clínico sin discriminar por la especialidad ejercida.

Es fundamental garantizar la confidencialidad sobre lo experimentado en la atención y evitar la práctica actual de publicar en redes sociales información de los pacientes atendidos, lo que refleja una falta absoluta de respeto. Un reciente estudio realizado con psiquiatras suizos dejó en evidencia su preocupación por las dificultades experimentadas al compartir información sensible de sus pacientes con otros actores y la ausencia de normatividad que reglamente esa práctica [17].

El inmediatismo y la era digital, además de las limitaciones en competencias comunicativas de los médicos, entorpecen la adecuada transmisión de información, con claridad y rigor, en la HCE. La tecnología debería estar al servicio de tal propósito; de ahí la responsabilidad del personal en salud para armonizar los avances tecnológicos con la ética médica. La literatura científica relata que al interior del personal asistencial existen diversos tipos de usuarios que enfrentan de diferente manera esta era digital, algunos con mayor resistencia por el temor a lo desconocido y el mayor tiempo que exige al principio. Mientras algunas personas se apropian de la tecnología fácilmente, otros se niegan, teniendo que ser obligados, lo que afecta la calidad de su atención [14].

Estudios como este sustentan las inadecuadas prácticas al diligenciar la HCE que afectan la calidad, como copiar y pegar registros y notas de evolución previos, sin editar adecuadamente, representando incertidumbre y riesgo para los pacientes [32]. De tiempo atrás, se hizo popular usar indiscriminadamente abreviaturas, siglas y símbolos en la HC física, lo que se reprodujo en la HCE, siendo esto contraproducente, al posibilitar diferentes interpretaciones y al causar errores en la atención médica. Literatura especializada muestra cómo la transición del registro médico en papel hacia las HCE evidenció problemas asociados con la documentación, como lo es la duplicación. Estas prácticas atropellan el lenguaje médico y amenazan al profesional, quien sufre las consecuencias posiblemente legales [33]. Un estudio previo sobre calidad y utilidad de las HCE evidenció deplorables cifras del cumplimiento de criterios, como el realizado en Cataluña, que mostró que de 1473 HCE revisadas, solo el 18,3 % reportó un registro mínimo de datos de interés sanitario [34].

El diligenciamiento físico o electrónico de la HC no debe entorpecer el vínculo de confianza entre médico y paciente [35]. El registro clínico debe expresar de tal modo el acercamiento interpersonal que refleje el diálogo, la confianza, la comunicación, además de los datos clínicos que garanticen la atención integral. El acto médico se viabiliza cuando hay comunicación y esta se fortalece en la interacción, al mirar, escuchar, leer y comprender al otro [36,37]. La comunicación en la atención en salud es imprescindible para la resolución de los pro-

blemas, pues el acto médico se nutre del acercamiento y el reconocimiento de la experiencia de vida del paciente y su familia [38].

La confianza en el médico se fortalece cuando lo ocurrido en la atención se ve reflejado en la HCE. Esa confianza reduce el riesgo al tomar decisiones, aunque no lo elimina; de ahí la importancia del equilibrio en la cantidad de información ofrecida en el acto médico, pues un exceso de información puede generar lo contrario [39]. Una adecuada cultura del diligenciamiento de la información clínica redundará en credibilidad, motivación y, por ende, confianza entre pacientes y médicos. Se aprende más de los errores propios y ajenos, que de acumular información; por tanto, esta cultura también debería reflejarse en la forma de asumir los errores.

Como limitaciones de este tipo de estudio, está el que no se les puede exigir la generalización de los resultados, pues claramente las conclusiones aplican para quienes fueron las personas entrevistadas, pero sí es muy probable que muchos médicos puedan verse reflejados en los hallazgos del artículo, y de esa forma se logra la transferibilidad propia de la investigación hermenéutica.

Conclusiones y recomendaciones

Como conclusión, existe una contradicción entre “el deber ser” del diligenciamiento con calidad de la HCE y lo que sucede en la práctica, pues su intencionalidad original de ser una herramienta al servicio de la asistencia clínica se desvirtúa, al privilegiar el haberse convertido en un instrumento que responde a otros factores externos al acto médico y a requerimientos administrativos del sistema de salud. La autocritica de los médicos internistas participantes es un llamado a la reflexión del personal asistencial, sobre la base de que una HC bien elaborada favorece la preservación de la salud y la vida del paciente.

Se recomienda fortalecer una cultura del adecuado diligenciamiento de la HCE en las IPS, con estrategias didácticas y prácticas de aprendizaje que favorezca el pensamiento reflexivo y crítico, que permita valorar la HCE no solo como instrumento que refleja el estado de salud de los pacientes y su evolución, sino también como insumo fundamental del sistema de información que soporta las estadísticas del sistema de salud, con impacto directo sobre la salud pública.

Sería vano ese esfuerzo si no se examina lo relacionado con los currículos de las instituciones de educación superior en la formación médica de la calidad del registro de la HC en pre y posgrado en forma continua, y la importancia de prevenir las nefastas consecuencias de un registro deficiente. Por último, durante el desarrollo de *software* de HCE, deben ser escuchadas y atendidas las recomendaciones de los médicos de las diferentes especialidades.

Agradecimientos

A los médicos internistas entrevistados.

Declaración de fuente de financiación

Este trabajo fue financiado por la Universidad de Antioquia en el tiempo dedicado por el profesor y con recursos propios de los investigadores.

Declaración de conflicto de intereses

Los autores declaramos no tener conflictos de intereses.

Declaración de responsabilidad

La responsabilidad en el artículo sobre los puntos de vista expresados es de los autores. No existe responsabilidad de la institución de afiliación de los autores, ni de los financiadores.

Declaración de contribución de autores

Lina López: contribución sustancial a la concepción del artículo y a la adquisición, análisis o interpretación de los datos. Participación en el diseño del trabajo de investigación y en la revisión crítica de su contenido intelectual. Aprobación de la versión final del manuscrito enviado. Capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo

Carlos Yepes: contribución sustancial a la concepción del artículo y a la adquisición, análisis o interpretación de los datos. Participación en el diseño del trabajo de investigación y en la revisión crítica de su contenido intelectual. Aprobación de la versión final del manuscrito enviado. Capacidad de responder por las cuestiones relacionadas con la exactitud o integridad de cualquier parte del trabajo

Referencias

- Díaz Hernández DP. Una visión sucinta de la enseñanza de la medicina a lo largo de la historia: I. Desde el antiguo Imperio egipcio hasta el siglo XVII. *Iatreia* [internet]. 2011 [citado 2022 nov. 18]; 24(1):90-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180522540010>
- Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la historia clínica. *Galicla Clínica* [internet]. 2012 [citado 2022 nov. 18]; 73(1):21-6. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf>
- Cooke M, Irby DM, et al. American medical education 100 years after the Flexner report. *N Engl J Med*. 2006;355:1339-44. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMra055445>
- Liu S, Zeng R. Denomination, format, and content of medical record. En: Hong X, Rui Zeng W, editores. *Handbook of Clinical Diagnostics*. Chengdu: Springer; 2020. pp. 373-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-981-13-7677-1>
- Blanco Alvarado DJ. La historia clínica: algunos comentarios desde la medicina y el derecho. *Verba Iuris*. 2019;(42):153-62. DOI: <https://doi.org/10.18041/0121-3474/verbaiuris.42.5665>
- Añel R, García I, et al. Historia clínica y receta electrónica: riesgos y beneficios detectados desde su implantación. *Aten Primaria*. 2021;53(1):1-11. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102220>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal [internet]. OMS; 2010 [citado 2022 nov. 25]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44373>
- Boerma T. A global commitment to improve health data [internet]. World Health Organization; 2015. pp. 1-4 [citado 2022 sep. 29]. Disponible en: <https://apps.who.int/mediacentre/commentaries/improving-health-data/en/index.html>
- Colombia. Congreso de la República. Ley 100, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones" [internet]. (1993 diciembre 23) [citado 2022 sep. 29]. Disponible en: https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma_pdf.php?i=5248
- Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 1995, por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica [internet] (1999 julio 8) [citado 2022 sep. 29]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/RESOLUCI%C3%93N%201995%20DE%201999.pdf
- Wang Z, Talburt JR, Wu N, et al. A rule-based data quality assessment system for electronic health record data. *Appl Clin Inform*. 2020;11(4):622-34. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0040-1715567>
- Baule CP, Kusma Fidalski SZ, Chong Neto HJ, et al. Pesquisa de satisfação dos médicos de família do Brasil com o uso de prontuários eletrônicos. *APS*. 2022;25(Supl. 2):121-38. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2022.v25.35324>
- Johnson KB, Neuss MJ, Detmer DE. Electronic health records and clinician burnout: A story of three eras. *J Am Med Inform Assoc*. 2021;28:967-73. DOI: <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa274>
- Raman SR, Curtis LH, Temple R, et al. Leveraging electronic health records for clinical research. *Am Heart J*. 2018;202:13-19. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2018.04.015>
- Chá Ghiglia MM. Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Rev Méd Urug*. 2020;36(2):163-70. DOI: <https://doi.org/10.29193/rmu.36.2.6>
- Hobensack M, Ojo M, Bowles K, et al. Home healthcare clinicians' perspectives on electronic health records: A qualitative study. *Stud Health Technol Inform*. 2021;284:426-30. DOI: <https://doi.org/10.3233/SHTI210763>
- Rowlands S, Tariq A, Wood M, et al. A qualitative investigation into clinical documentation: Why do clinicians document the way they do? *Health Inf Manag*. 2022;51(3):126-34. DOI: <https://doi.org/10.1177/1833358320929776>
- Chivilgina O, Elger BS, et al. "What's the best way to document information concerning psychiatric patients? I just don't know"—A qualitative study about recording psychiatric patients notes in the era of electronic health records. *PLoS One*. 2022;17(3):e0264255. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264255>
- Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada

- [internet]. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002 [citado 2022 nov. 23]. Disponible en: <https://cutt.ly/Z1i7qSv>
- 20 Charmaz K. Constructing Grounded Theory a Practical Guide through Qualitative Analysis. London: Sage; 2006.
 - 21 Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (AMM). Declaración de la AMM sobre las consideraciones éticas de las bases de datos de salud y los biobancos [internet]. 2002 [citado 2022 nov. 25]. Disponible en: <https://bit.ly/3u5ycil>
 - 22 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [internet]. (1993 octubre 4) [citado 2022 nov. 25]. Disponible en: <https://bit.ly/3tXvvz1>
 - 23 Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2378, por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos [internet]. (2008 junio 27) [citado 2022 nov. 25]. Disponible en: <https://bit.ly/3Xzdkx8>
 - 24 Palacios E, Clavijo-Prado C. Semiología de la crisis epiléptica: un reto clínico. *Reper Med Cir*; 2016;25(4):203-9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reper.2016.10.007>
 - 25 Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3047 de 2008 modificada por la resolución 416 de 2009. Manual único de glosas, devoluciones y respuestas unificación [internet]. 2009. [citado 2022 nov. 25]. Disponible en: <https://shre.ink/1AQ2>
 - 26 Villadiego A, Torres X. Causales de glosas y su impacto financiero en las entidades sociales del Estado de Colombia. [Tesis de especialización] [PhD Thesis]. Santiago de Cali; 2020.
 - 27 Lifshitz A. Reivindicación de la clínica. *Medicina Interna México* [internet]. 2018 [citado 2022 nov. 18]; 34(4):513-5. Disponible en: <https://medicinainterna.org.mx/article/reivindicacion-de-la-clinica/>
 - 28 Felli L, Garlaschi G, Muda A, et al. Comparison of clinical, MRI and arthroscopic assessments of chronic ACL injuries, meniscal tears and cartilage defects. *Musculoskelet Surg*. 2016;100(3):231-8. doi: <https://doi.org/10.1007/s12306-016-0427-y>
 - 29 Esteban E, Ochoa P, Ruiz FJ. Anamnesis y su relevancia, a propósito de un caso: isquemia arterial por aneurisma poplíteo. *Semergen*. 2016;42(5):344-5. doi: <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2015.05.006>
 - 30 Eze-Nliam C, Cain K, Bond K, et al. Discrepancies between the medical record and the reports of patients with acute coronary syndrome regarding important aspects of the medical history. *BMC Health Serv Res*. 2012;12:78. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-78>
 - 31 Laso Guzmán FJ. Importancia de la semiología en la era tecnológica. *Med Clin*. 2017;148(12): 559-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2016.12.012>
 - 32 Dean SM. EHR copy and paste and patient safety. *Patient Saf Netw* [internet]. 2018 [citado 2022 nov. 18] Disponible en: <https://psnet.ahrq.gov/perspective/ehr-copy-and-paste-and-patient-safety>
 - 33 Araujo J. Reflexiones en torno al lenguaje médico actual, los epónimos y abreviaciones. Las razones de su existencia y los principales problemas que plantea su uso. *Biosalud*. 2017;16(1):93-104. doi: <https://doi.org/10.17151/biosa.2017.16.1.10>
 - 34 Sobrequés Soriano J, Piñol Moreso JL. Historia clínica de atención primaria: calidad y factores asociados. *Aten Primaria* [internet]. 2001 [citado 2022 nov. 30]; 28(8):535-42. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-historia-clinica-atencion-primaria-calidad-13023839>
 - 35 Bonilla I. Revisión por sistemas en la historia clínica del paciente. *Elsevier Connect* [internet]. 2018 [citado 2022 nov. 18]; Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/estudiantes-de-ciencias-de-la-salud/revision-por-sistemas-en-la-historia-clinica-del-paciente>
 - 36 Urteaga E. La teoría de sistemas de Niklas Luhmann. *Contrastes* [internet] 2010 [citado 2022 nov. 30]; 15:301-17. Disponible en: <https://revistas.uma.es/index.php/contrastes/article/view/1341/1292>
 - 37 Escobar YNV, Fong EJA, Terazón MO, et al. La relación médico-paciente: ¿necesidad o conveniencia? *Rev Cubana Med* [internet]. 2019 [citado 2022 nov. 30]; 58(1):1-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmed/cm-2019/cm191d.pdf>
 - 38 Skylar-Scott IA, Wu BJ. Humanizing the Electronic Medical Record with the Personal Fact. *Am J Med*. 2017;130(7):291-2. doi: <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2017.02.027>
 - 39 Niklas L. Confianza: Introducción Darío Rodríguez Mansilla. Editorial Anthopos; 2005.



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
 Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>