# Los médicos y la justicia (IV): la historia clínica

A. Ortega Pérez
*Unidad de Medicina Legal. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona.*

## La historia clínica

Este artículo discute en profundidad la importancia legal de los registros de la atención médica, un tema que se esbozó en un escrito previo referido a la inculpación del médico en un proceso por responsabilidad profesional [1]. No trataremos ahora de asuntos concretos como las normas de acceso y custodia de la historia clínica [2], cuánto tiempo ha de conservarse [2], quién es su dueño [3], la confidencialidad de los datos [4], etc. Configuran la historia clínica todos los documentos que recogen la información relativa al estado de salud o de enfermedad del paciente (tabla 1). Es imprescindible registrar por escrito porque el paciente recibe atención sanitaria tantas veces a lo largo de su vida y esta atención corre a cargo de tantos profesionales de distintas cualificaciones o especialidades, con diferentes personas según el momento del día, el mes o el año en que acuda, que sin los registros es imposible la comunicación entre los profesionales.

La Ley General de Sanidad reconoce el derecho del paciente a que quede constancia escrita de todo el proceso asistencial (art. 10.11), aunque no define qué es la historia clínica ni los documentos que deberá contener. Deberá ser única, al menos dentro de cada institución asistencial (art. 61), y estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo (art. 61).

De entre las funciones de la historia clínica, la principal, ya apuntada, es facilitar la comunicación entre los miembros del equipo respecto a la evolución de la salud del paciente. Además de ello, la información que contiene permitirá la docencia, la evaluación de la asistencia y la investigación de nuevas formas de mejorar ésta y de aumentar el nivel de salud de la población. Su tercera función, la más importante para los fines de este artículo, es ser una ayuda para el profesional sanitario cuando se ponga en duda su actuación profesional.

Intente recordar a qué pacientes atendió la semana pasada, hace seis semanas o hace dos años. Si alguna vez le demandan por mala práctica, para cuando le llamen a declarar, y menos aún cuando se celebre el juicio, no recordará al paciente, qué le hizo u omitió y en qué circunstancias concretas se encontraba. Una historia clínica que registre fielmente lo ocurrido durante el proceso asistencial será la mejor prueba (tal vez la única) de que su actuación fue la adecuada, lo que le protegerá mejor de un veredicto penoso.

En las páginas siguientes vamos a dar una lista de consejos y sus fundamentos que ayudarán a mejorar la calidad de los registros clínicos, de forma que la historia sirva para protegerle en caso de demanda o querella judicial. Es cierto que mejorar la calidad de la documentación clínica supone otra inversión más en esfuerzo y tiempo en momentos de presión asistencial agobiante, pero los profesionales, las comisiones hospitalarias afectadas y las propias instituciones deberían valorar los beneficios éticos, profesionales y económicos que pueden obtener de ella [5].

Quizá muchos lectores no querrán ponerse en un supuesto tan dramático como pensar que pueden llevarles a juicio alguno de los centenares de pacientes que ven cada mes. A fin de cuentas, si las cosas siguen como hasta ahora la mayoría de los médicos no se verá nunca implicado en una demanda. Sin embargo, pueden utilizar los consejos siguientes recordando que una historia clínica de mayor calidad les será más útil para cualquiera de las otras dos funciones citadas antes.

### *¿Cómo conseguir una historia clínica útil?*

Para que la historia clínica facilite las tres funciones que acabamos de señalar es recomendable cuidar su forma y su fondo tal como se resume en la tabla 2.

TABLA 1
**Documentos que forman parte de la historia clínica**

| |
|---|
| **En el hospital** |
| Hoja de ingreso |
| Informe médico de Urgencias |
| Hojas de evolución de enfermería en Urgencias |
| Hojas de evolución médica |
| Órdenes de tratamiento médico |
| Hojas de evolución de enfermería |
| Gráficas de constantes vitales |
| Resumen de resultados de los análisis sanguíneos |
| Solicitud de consulta y su resultado |
| Formularios de autorización |
| Hojas operatorias |
| Informe clínico de alta |
| Impreso de alta voluntaria |
| **En consultas externas y en Atención Primaria** |
| Historia médica |
| Historia de enfermería |
| Resultado de las consultas solicitadas |

Correspondencia: A. Ortega Pérez.
Unidad de Medicina Legal.
Facultat de Medicina i Ciències de la Salut.
Universitat Rovira i Virgili.
C./Sant Llorenç, 21.
43201 Reus (Tarragona).
Aceptado para su publicación el 24 de noviembre de 1998.

TABLA 2
**Cómo conseguir una historia clínica útil**

**La forma**
*Estará escrita de forma pulcra y legible*
Con letra clara, separando bien las palabras
Sin faltas de ortografía
Sin abreviaturas
Con el horario de 24 horas
Aclarando los registros confusos
Cada anotación llevará su fecha y una firma legible
*El texto deberá ser comprensible*
Con sintaxis correcta y frases claras
Sin ambigüedades
Identificando claramente las anotaciones hechas en nombre de otro
*Evitará toda sospecha de alteración de los registros*
Sin espacios en blanco sobre o bajo las notas
Resaltando claramente las anotaciones escritas fuera de orden
Sin arrancar hojas escritas
**El fondo.** Los registros serán
Precoces
Completos: sean observaciones, prescripciones o informaciones a los compañeros del equipo o prescripciones al paciente
Continuados
Objetivos: anotando las observaciones y las manifestaciones del paciente, pero evitando calificar las actitudes o criticar a los compañeros o al hospital
Veraces
Sin esconder anotaciones incorrectas
Sin alterar registros antiguos
Sin retocar los registros de otros
Sin omitir información
Evitando que se pierda la historia

La forma

*Los textos habrán de ser pulcros y legibles.* El descuido en la caligrafía o en la forma de distribuir el texto en la página confundirán a los compañeros y, como mínimo, les harán perder el tiempo descifrándolos.

Unos registros descuidados pueden persuadir al juez, o más aún al jurado si es el caso, de la negligencia de los profesionales. Es desagradable imaginarse en el aprieto de descifrar frente al juez las anotaciones propias o las de un compañero. En algún caso la demanda puede basarse en una información importante mal comprendida que ha causado un daño.

1) Se escribirá con letra clara, de imprenta si es necesario, y separando bien las palabras. Nunca se tiene tanta prisa que no se pueda escribir con letra clara.

2) Las faltas de ortografía dan una impresión pésima a otros profesionales. Pensarían que el autor no tiene la formación apropiada, que es torpe o simplemente descuidado. Quien haya descubierto faltas de ortografía en sus textos debería guardar un diccionario en algún rincón de su lugar de trabajo o al menos una lista de las palabras que a menudo escribe erróneamente.

3) Las abreviaturas deben evitarse en lo posible, porque cada grupo profesional tiene las suyas y muchas personas usan abreviaturas particulares. Es probable que las de unos sean desconocidas para otros o, todavía peor, que sean interpretadas incorrectamente. Algunos autores recomiendan tener una «guía de abreviaturas» del centro que se revise periódicamente[6]. Si en las hojas de curso clínico o en las de la atención de urgencias la premura justifica en parte el uso de abreviaturas, nada justifica las frases telegráficas y las abreviaturas en los informes mecanografiados, como el del alta hospitalaria.

4) El horario de 24 horas es más sencillo: escribir «las 17 horas» elimina la duda de si eran las cinco de la mañana o de la tarde.

5) Si el registro de otra persona es confuso pida al autor que lo aclare, en especial si es una prescripción. Es inútil perder el tiempo preguntando la opinión de otras personas: también estarán intentando adivinar.

6) Cada anotación debe llevar fecha y firma. Si la firma es ilegible se escribirá el apellido debajo. Una firma ilegible no esconde a su autor, sino que obliga a que su superior se dedique a buscarlo. Si el autor permanece en el anonimato puede causar problemas por una guarda negligente de la historia, porque una persona desconocida habrá accedido a ésta.

*Escribir un texto comprensible.* 1) Con sintaxis correcta, usando frases cortas y claras e identificando claramente el sujeto y el complemento directo. Los pronombres personales puden ser insuficientes para ello: «su» puede referirse al paciente, a algún médico, enfermera o auxiliar, al vecino de cama, a la intervención, al medicamento que toma o a muchos otros sustantivos. El pronombre «yo» es perfectamente válido y aleja confusiones.

2) Sin ambigüedades (¿qué significan «nervioso» o «irresponsable» para cada uno de nosotros?) o frases inconexas o inacabadas.

3) Identificando claramente las anotaciones hechas en nombre de otro. Por ejemplo, una prescripción ordenada por teléfono, las declaraciones de un compañero sobre la cura realizada o las del enfermero o el auxiliar respecto a la reacción del paciente a una terapia.

*Alejando la sospecha de que se han alterado los registros.* 1) Sin dejar espacios en blanco sobre o bajo las notas. Puede parecer que no ha habido tiempo de evaluar completamente al paciente o de administrar todos los cuidados.

2) Resaltando claramente las anotaciones escritas fuera de orden. Puede haber ocurrido algo importante cuando el paciente y su historia clínica estaban en otro servicio (en Radiología, por ejemplo) o que una información importante llegue más tarde de lo esperado o simplemente que el facultativo olvidara añadirla en su momento. Cada hospital tiene su forma de aclarar que la anotación está fuera de orden, pero debe evitarse escribir en los márgenes o intercalar líneas entre lo escrito.

3) Jamás se arrancará una hoja escrita porque se haya cometido un error, se haya desgarrado sin querer o se haya manchado con café. En un juicio será difícil convencer al juez de que el motivo era tan inocente. Si hay que copiar una hoja ilegible deberá identificarse claramente como copia y conservar también el original en la historia.

El fondo
Debe escribirse de forma:

*Precoz.* Describir los hechos lo antes posible reflejará más claramente las circunstancias en que ocurrieron sin olvidar ningún detalle significativo.

*Completa.* Todo acto médico ha de quedar registrado. En el momento en que lo realiza, una consulta telefónica del paciente puede parecerle un acto banal, pero plantéese si puede llegar a tener importancia más adelante. Aunque no se puede registrar todo, hay que tender a ello mientras sea operativo, porque, como dice Mandell[7], «si no se ha registrado es que no se ha hecho», y así puede interpretarlo el abogado del demandante y conseguir que el juez dude sobre si el seguimiento fue adecuado[6]. Por el contrario, los registros claros y exhaustivos retraen a los abogados, porque saben que es probable que pierdan el caso. De forma que es importante que:
1) Anote qué ha observado, en qué lugar del cuerpo, cuándo y en qué circunstancias.
2) Transcriba detalladamente las prescripciones que usted transmita a algún miembro del equipo. Registre siempre las órdenes de interrupción de un tratamiento, especialmente las de los medicamentos, para evitar dosis adicionales no autorizadas, e incluya el motivo de la interrupción.
3) Asegúrese de que la enfermera o el auxiliar comprenden bien la orden verbal recibida. Si es necesario pídale que se la repita incluyendo el nombre del paciente. En casos especiales, la prescripción de tratamiento parenteral debe incluir el área corporal en que se administrará.
Transcriba también las informaciones u órdenes verbales, incluyendo la hora de la notificación, qué contestó la otra persona y qué se hizo en consecuencia. Pueden haber aparecido nuevos signos o síntomas, haberse agravado el estado del paciente o estar el enfermero en desacuerdo con la prescripción terapéutica del médico. En el peor de los casos, uno puede decir que informó al otro y éste negarlo.
4) Anote también las prescripciones que dio a su paciente, especialmente si le aconsejó visitar a un especialista para un aspecto concreto de su enfermedad. En el caso de que el paciente no cumpla la prescripción y se complique su estado podría ocurrírsele denunciar al facultativo por negligencia y en el juicio se enfrentarían la palabra del uno contra la del otro[11]. Describa en la historia cualquier comportamiento del paciente que contravenga sus instrucciones. Los incumplimientos más frecuentes afectan a la dieta, a los medicamentos, al reposo en cama, a las consultas de seguimiento o incluso al alta voluntaria del hospital. Por supuesto que el médico no debería tener que protegerse de aquéllos a quienes está prestando sus servicios, pero sí debe ser consciente de la realidad social actual.

*Continuada.* Demasiadas veces las anotaciones de la evolución clínica del paciente durante el ingreso hospitalario suelen ser completas los primeros días para ir empobreciéndose después. Aunque no ocurra lo mismo con la asistencia al paciente, en un juicio por responsabilidad profesional el facultativo puede tener problemas para demostrar que la atención médica fue correcta aunque no registrara nada durante todo ese lapso.

*Objetiva.* 1) Registrando qué ha observado el facultativo o qué le ha dicho exactamente el paciente.
2) Evitando etiquetar las actitudes o usar palabras que reflejen una actitud negativa hacia éste, porque esos registros pueden llevar a pensar que no actuó con suficiente diligencia porque el paciente le resultaba antipático. En lugar de eso es suficiente con describir objetivamente el comportamiento del enfermo o los signos que presentaba: inestabilidad, habla farfullante y aliento con olor a alcohol, por ejemplo.
3) En la historia se incluyen las reflexiones personales que forman parte del proceso diagnóstico o del estudio de la evolución del paciente, pero nunca se han de registrar las opiniones o las críticas sobre la actuación de otros profesionales o sobre el funcionamiento del hospital. Aunque no sean ciertas, un abogado puede aprovechar esas notas en contra del profesional acusado[6].
4) Anote cualquier comentario del paciente sobre su intención de demandar a un profesional sanitario o al hospital además de comunicárselo a la persona afectada. Estos apuntes pueden ayudar después a pensar que el paciente no colaboró con las prescripciones.

*Veraz.* 1) Quien rellene las hojas de curso clínico antes de ver al paciente, por ejemplo, en un hueco en el trabajo, puede encontrarse alguna sorpresa después, por ejemplo, una reacción inesperada a un procedimiento o a un medicamento.
2) No intente esconder una anotación incorrecta. Aunque sea un pequeño error sin implicación directa en el caso que se discute, el encubrimiento perjudicará a su credibilidad. No use solución correctora o un borrón; es suficiente con trazar una línea sobre la anotación de manera que continúe siendo legible y escribir «anotación incorrecta» por encima o en el margen del escrito original, firmando y añadiendo la fecha. Escriba la anotación correcta en el siguiente espacio en blanco, identificándola claramente.
3) Sin alterar los registros antiguos. Aparte de que está penado por la ley (artículos 392 a 396 del Código Penal), para cuando el facultativo reciba la demanda el abogado del demandante ya dispondrá de una copia de la historia clínica y será inútil añadir información o alterarla. Además existen procedimientos sofisticados para detectar las modificaciones[8]. Incluso las pequeñas alteraciones perjudican la credibilidad del facultativo y la de la historia y predisponen al juez en contra de aquél.
Si una persona realiza una anotación errónea que contradice las de otros será necesario confrontar las declaraciones de todos.

4) Sin modificar los registros de otra persona ni permitir que retoquen los propios. Si alguien lo ha hecho, probablemente porque desconoce las implicaciones legales del hecho, se debe hablar con un superior hasta conseguir que se resuelva el problema. Como precaución es útil trazar una línea horizontal desde el punto final del escrito propio hasta el margen derecho.
5) Sin permitir que nadie, sea colega o superior jerárquico, presione para omitir información en la anotación. En caso de verse implicado en el proceso, la compañía aseguradora, que no cubre los actos de violación voluntaria de la ley, no podrá ayudar al afectado.
6) El extravío de parte o toda la historia es un elemento que apoya la negligencia del facultativo[3] y que puede llevar al castigo del hospital, que es el responsable de guardarla. Los abogados del centro buscarán después al responsable de la pérdida.
Un último consejo: antes de terminar las notas el facultativo debe acostumbrarse a comprobar que el registro es legible y comprensible y que refleja aquello que realmente quería decir. Cada profesional que atiende al paciente es responsable de su porción de la historia clínica y debe escribirla pensando en quién puede llegar a leerla.
Es difícil reducir la cantidad de demandas y querellas que se dirigen contra los médicos, pero la historia clínica puede ayudarnos a reducir el porcentaje de las que terminan con la condena del profesional[9].

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Ortega A. Los médicos y la justicia (III): el médico como inculpado. Rev Clin Esp 1999; 10:656-659.
2. Centre d'Estudis Col·legials del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Concepte i finalitat de la història clínica. Quaderns de la bona praxi. Barcelona, julio de 1994. Reproducido en Galens 1995; en los números de abril (p. 24-29) y de mayo (p. 26-27).
156:684-688.
3. Lorenzo R. Responsabilidad profesional e historias clínicas. OMC 1997; 51:34-37.
4. Curiel J. La confidencialidad y el secreto profesional en la historia clínica. Med Clin (Barc) 1997; 108 (4):143-145.
5. Baptista JL. Historias clínicas de calidad, su interés legal. Jano 1997; 52 (1.212):1.996.
6. Iyer PW. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. Nursing 1992; 10 (3):40-44.
7. Mandell M. Si no se ha registrado es que no se ha hecho. Nursing 1995; 13 (3):48-49.
8. Iyer PW. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. Nursing 1992; 10 (4):32-37.
9. Sampedro J. Sólo el 7% de las demandas y querellas por negligencia médica acaban en condena. El País, 4 de noviembre 1998. p. 31.