

Bibliografía

- Hidalgo Correas FJ, Bermejo Vicedo MT, de Juana Velasco P, García Díaz B. Implantación de un programa de prescripción médica electrónica en un hospital del INSALUD. *Farm Hosp.* 2002;26:327-34.
- Campos Fernández de Sevilla MA, Tutau Gómez F, Gallego Úbeda M, Delgado Téllez L. Desarrollo de un *software* integrado de ayuda a la validación farmacéutica. *Farm Hosp.* 2012;36:351-5.
- Rodríguez Torné G, García Esteban B, González Joga B, Iranzu Aperte MC, Berrocal Javato MA, Gómez Serranillos Reus M. Impacto clínico y económico de las intervenciones farmacéuticas. *Rev Cubana Farm.* 2011;45:50-9.
- Castillo Romera I, Martínez Hernández A, Martínez H, Suárez ML, Requena Caturla T. Atención farmacéutica a pacientes ingresados desde la Unidad Clínica. *Farm Hosp.* 2000;24:27-31.
- Campany D, Grau S, Monterde J, Salas E, Carmona A, Marín M, et al. Análisis de las intervenciones farmacéuticas realizadas a través del sistema informatizado de dispensación en dosis unitaria. *Farm Hosp.* 1998;22:11-5.
- Sabry NA, Farid SF. The role of clinical pharmacists as perceived by Egyptian physicians. *Int J Pharm Pract.* 2014;22:354-9.
- Li X, Huo H, Kong W, Li F, Wang J. Physicians' perceptions and attitudes toward clinical pharmacy services in urban general hospitals in China. *Int J Clin Pharm.* 2014;36:443-50.
- Awalom MT, Kidane ME, Abraha BW. Physicians' views on the professional roles of pharmacists in patient care in Eritrea. *Int J Clin Pharm.* 2013;35:841-6.
- Patterson BJ, Solimeo SL, Stewart KR, Rosenthal GE, Kaboli PJ, Lund BC. Perceptions of pharmacists' integration into patient-centered medical home teams. *Res Social Adm Pharm.* 2015;11:85-95.

J.M. Caro-Teller*, M.J. Jiménez-Cerezo
y J.M. Ferrari-Piquero

Servicio de Farmacia, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemanuel.caro@salud.madrid.org
(J.M. Caro-Teller).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.11.002>
1134-282X/

© 2017 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Respuesta al escrito de Chero-Farro et al.



Reply to the letter of Chero-Farro et al.

Sra. Directora:

Tal y como argumentan en su escrito Chero-Farro et al.¹, la historia clínica, entendida como el registro exhaustivo de la actividad diaria de los profesionales sanitarios y de las decisiones que estos toman para resolver los problemas de salud de los pacientes, es un elemento fundamental para garantizar una atención de calidad en los distintos niveles asistenciales del sistema sanitario.

La legislación sobre la historia clínica² suele establecer la responsabilidad que en su cumplimentación tienen los profesionales, que deben cooperar en su creación y mantenimiento. También se establece el deber de los pacientes de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como de colaborar en su obtención.

En un entorno colaborativo como el actual en sanidad, donde diversos profesionales —médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etc.—, intervienen normalmente en el proceso de atención a los pacientes, la historia clínica es un medio de comunicación de primer orden en beneficio de estos, además de ser una fuente de conocimiento y aprendizaje presente y futuro.

Debe tenerse en cuenta que las profesiones sanitarias son prácticamente las únicas que dejan constancia diariamente y de manera exhaustiva de su trabajo en un registro pensado para su permanencia en el tiempo. Las historias clínicas son un reflejo explícito del trabajo profesional y, en

consecuencia, permiten una aproximación real a la calidad de la atención prestada.

No obstante, es cierto que a menudo se observan deficiencias en las historias clínicas que, en el peor de los casos, podrían tener consecuencias negativas para el paciente como consecuencia de la toma de decisiones erróneas o no informadas por parte de los profesionales que le atienden.

En su carta, Chero-Farro et al. proponen algunas medidas destinadas a incentivar la elaboración de historias de calidad como el envío de cartas de reconocimiento al personal que las rellene adecuadamente, el cumplimiento de las recomendaciones que resulten de auditorías, o la implementación de historias clínicas electrónicas (HCE) que, por su propia naturaleza, permitirían superar viejos problemas como la falta de ciertos datos o la ilegibilidad de su contenido, o facilitarían el acceso inmediato a la información del paciente.

Sin restar importancia a las propuestas mencionadas, por otra parte, muy sensatas, y después de unos años de experiencia en el uso de historias clínicas en soporte electrónico, quisiéramos llamar la atención sobre las limitaciones de las mismas en la resolución de los problemas de calidad de los registros clínicos, así como sobre el hecho de que dichas HCE pueden llegar a facilitar nuevos tipos de errores desconocidos en la historia clínica en soporte de papel.

Disponer de una historia clínica integrada y accesible es de gran ayuda para cualquier profesional, pero no debe entenderse que ello suponga una menor responsabilidad sobre su contenido que pueda ser «delegada» en el sistema informático que la sustenta, porque esta sigue recayendo en sus autores en todo registro de información que estos puedan hacer en ella. De hecho, existen 2 problemas fundamentales que pueden surgir en un entorno de HCE, los errores derivados de un diseño inadecuado a las necesidades informativas

y a los hábitos de trabajo de los profesionales, y los errores que derivan de un exceso de confianza en el sistema por parte del usuario³.

En el primer caso, puede verse especialmente afectado el proceso de registro de datos acerca del paciente y su evolución, cuando diseñamos modelos de HCE que obligan al profesional a alterar la plasmación de su proceso de decisión clínica en la misma, haciéndole navegar por múltiples pantallas que le crean inseguridad, le restan atención sobre el paciente y, en definitiva, le hacen invertir mucho más tiempo de su trabajo que el que dedicaban con la historia en papel.

En el segundo caso, la gran ayuda que pueden suponer los automatismos incorporados a una HCE para evitar la repetición en el registro de ciertos datos, o para efectuar sin esfuerzo ciertos cálculos, o incluso para orientar la toma de decisiones por parte del profesional mediante la generación de alertas, puede generar en el usuario un exceso de confianza en la herramienta que dé lugar a contenidos y a resultados inadecuados que podrían a su vez dar lugar a decisiones equivocadas.

Por ejemplo, estamos asistiendo a un uso muy frecuente y no siempre adecuado, de la facilidad de copiar ciertos contenidos ya existentes en otros lugares de la HCE para economizar esfuerzos, sobre todo cuando lo «pegado» no es debidamente revisado por el usuario antes de su validación.

En definitiva, y a pesar de las enormes ventajas que supone la HCE en relación con la historia en papel, no deberíamos dejar de actuar activamente para garantizar la calidad de sus contenidos, mediante la buena formación de los profesionales y la auditoría periódica de las mismas, lo que debe ser compatible con una mejora continuada de los desarrollos tecnológicos que nunca deberían ser hechos de espaldas al usuario final, sino con su colaboración e implicación.

Debemos ser conscientes de que la tecnología no puede sustituir a las personas, y menos en un entorno complejo, multiusuario y en el que a menudo se deben tomar decisiones sobre un paciente, incluso antes de poner en marcha el ordenador.

Bibliografía

1. Chero-Farro D, Cabanillas-Olivares A, Fernández-Mogollón J. Historia clínica como herramienta de mejora del proceso de atención. *Rev Calid Asist.* 2016; En prensa [consultado 26 Jul 2016] Disponible en: http://ac.els-cdn.com/S1134282X16300793/1-s2.0-S1134282X16300793-main.pdf?_tid=6af88df4-5320-11e6-9f7c-00000aab0f6c&acdnat=1469531118_ffdee203ff4f1ffa429d3a93f60b7e6c
2. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado A-2002-22188.* Última actualización, publicada el 22/09/2015. España. 2002.
3. Ash JS, Berg M, Coiera E. Some unintended consequences of information technology in health care: The nature of patient care information system-related errors. *J Am Med Inform Assoc.* 2004;11:104-12.

A.C. González

*Documentación Clínica y Archivo de Historias Clínicas,
Hospital Clínic, Barcelona, España*
Correo electrónico: aconesa@clinic.ub.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.07.004>
1134-282X/

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