



ISSN: 1697-090X

[Inicio Home](#)[Índice del volumen Volume index](#)[Comité Editorial Editorial Board](#)[Comité Científico Scientific Committee](#)[Normas para los autores Instruction to Authors](#)[Derechos de autor Copyright](#)[Contacto/Contact:](#)

Letters to the Editor / Cartas al Editor

REGISTRO MÉDICO E INVESTIGACIÓN

Isabel Martínez-Cuevas

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Universidad de Deusto, Bilbao, España.

Email: isabel.marcue@opendeusto.es

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2022;3.

Señor editor:

Si bien el origen de la historia clínica se remonta a la Antigua Grecia (Hipócrates de Cos, V a.C.)¹⁻⁴, el primer registro médico como tal data de la década de 1850. Desarrollado en Noruega, su precursor fue Ove Guldberg Høegh (1814-1863), que en 1856 estableció el Registro Nacional de la Lepra. La recogida de datos fue realizada distrito por distrito, siendo encargados los diferentes funcionarios de salud, los departamentos gubernamentales en salud pública y los pastores de cada Iglesia de notificar los casos de lepra⁵. Igualmente, se estableció un registro hospitalario central para seguir las admisiones y altas de los cinco hospitales contra la lepra existentes entonces en Noruega. El registro, tal y como vaticinó Høegh⁵, sirvió para ahondar en la etiología de la enfermedad, creída en un principio hereditaria.

Armauer Hansen (1841-1912) tras descubrir el bacilo de la lepra en 1873, realizó un estudio epidemiológico de la enfermedad publicado en 1874 y basado en el Registro Nacional de la Lepra. Observó que, independientemente del nivel de prevalencia en una región, el número anual de nuevos casos en los 5 años siguientes ascendía al 8-10% del número de pacientes presentes al principio del periodo de 5 años. Es decir, el número de nuevos casos (incidencia) dependía del número de fuentes de infección presentes en un momento dado (prevalencia), demostrándose que la enfermedad era infecciosa y no hereditaria⁴.

Este origen ya señala la gran utilidad y relevancia que tuvo el establecimiento de registros médicos para la investigación. Antes de 1800, la exploración física tenía un rol menor en el diagnóstico del paciente. Con la evolución de la medicina, el diagnóstico comenzó a estar más centrado en las pruebas clínicas que en los síntomas subjetivos del paciente, lo que influyó en el diseño de la historia clínica³.

A finales del siglo XIX y principios del XX, tras algunos casos de registros médicos rudimentarios (como los del Hospital de Nueva York o el del Hospital General de Massachusetts), la profesionalización y especialización de la medicina junto con las

reformas en la enseñanza de la misma revelaron que la principal dificultad a afrontar en la construcción del registro médico era la falta de datos y su dispersión^{3,4}.

Este problema de "dispersión de la información" fue resuelto por Henry S. Plummer en 1907^{3,4,6}. Previamente en 1903 se había establecido una colaboración centrada en los procesos quirúrgicos entre la Clínica Mayo y el nuevo Hospital Santa María fundado por las Hermanas de San Francisco de Asís en Rochester, Minnesota⁶. De esta sinergia surgió un sistema para la recogida de información que permitiera la continuidad asistencial de los pacientes y sirviera para la investigación clínica^{3,6}. Sin embargo, los registros eran muy voluminosos, archivados en diferentes lugares siendo la propiedad de los médicos responsables.

Para solventar estas dificultades, Plummer introdujo en 1907 un sistema en el cual toda la información médica por paciente quedaba registrada en un único dossier bajo un número de registro único y personal de cada paciente^{1,6}. Además, persuadió al resto de colaboradores de que los dossiers debían servir como una fuente institucional de libre acceso para la enseñanza y para la investigación independientemente del profesional que hubiera tratado a determinado paciente. Asimismo estableció la necesidad de la recolección de un conjunto mínimo de información para la confección de la historia clínica¹ y dos índices (diagnóstico y procedimiento quirúrgico) con el objetivo de facilitar la localización de pacientes con enfermedades similares o que hubieran sido sometidos a los mismos procesos quirúrgicos⁶.

Posteriormente, el Colegio Americano de Cirujanos continuó con la orientación establecida en la Clínica Mayo, favoreciendo el desarrollo de una estandarización en la recogida de la información en los hospitales con los "diarios de tratamiento". Los hospitales comenzaron a desarrollar redes administrativas para mantener los registros centralizados contratando personal específico⁴.

Tras la Segunda Guerra Mundial se dieron importantes avances en el diseño de los registros médicos con la introducción del sistema de información orientado a problemas diseñado por Laurence Weed en 1960. Abogaba por un enfoque más sistematizado de la historia clínica que abriese las puertas a la epidemiología, los cuidados preventivos y la educación^{1,7}.

Paralelamente a la evolución de la medicina y a partir de la implementación de los sistemas nacionales de salud en Europa y de sistemas de cobertura sanitaria en Estados Unidos como Medicare o Medicaid, se dio un perfeccionamiento del registro médico³; este fue potenciado por los cambios de la revolución digital y de la transición hacia un modelo electrónico de registro médico⁴.

Son cinco las funciones que podemos resaltar del registro médico: asistencial, docente, investigación, administrativo y legal. La transición hacia un modelo electrónico facilita estas funciones al establecer un registro médico único y estandarizado. Entre las ventajas de este modelo se incluyen una mayor legibilidad y portabilidad, mejor acceso y disponibilidad, posibilidad de búsqueda asistida y mayor seguridad y facilidad en la estructuración de datos. Como desventajas cabe mencionar la necesidad de capacitación del personal en tecnologías de la información y la dificultad para conseguir interoperabilidad¹.

En el ámbito de la salud pública, los registros médicos permiten diseñar políticas de planificación de recursos sanitarios³. Por otro lado, los registros son fundamentales para la investigación porque permiten obtener información sobre los procesos y posteriormente

analizar esa información adquiriendo gran importancia para el estudio de enfermedades raras⁸.

El diseño de registros enfocados a la investigación de una patología, permite analizar datos epidemiológicos, de factores de riesgo, los tratamientos aplicados, las complicaciones evolutivas y la recogida de datos de supervivencia⁸⁻⁹.

Los registros son estudios prospectivos por lo que hay un análisis periódico de los datos, permitiendo recoger información sobre preguntas que se formulan los investigadores y obteniendo respuesta a las mismas. Este hecho puede llevar a un cambio en el paradigma del tratamiento de la enfermedad lo que genera una oportunidad de mejora extrapolable a todos los pacientes con dicha patología y no solo a los incluidos en el registro.

Por tanto, los registros de investigación permiten estudios con la información recogida de la práctica clínica habitual y se han convertido en una herramienta imprescindible para los investigadores.

REFERENCES

1. Luna D, Otero P, Gómez A, González Bernaldo de Quirós F. El Registro Médico: de Hipócrates a Internet. Hospital Italiano de Buenos Aires. Accesible online: https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/servicios_attachs/1151.pdf
- 2.- Fombella Posada MJ, Cereijo Quinteiro MJ. Historia de la historia clínica. Galicia Clin. 2012; 73(1): 21-26. Accesible online: <https://galiciaclinica.info/PDF/16/291.pdf>
- 3.- Gillum RF. From Papyrus to the Electronic Tablet: A Brief History of the Clinical Medical Record with Lessons for the Digital Age. The American Journal of Medicine. 2013; 126: 853-857. DOI: 10.1016/j.amjmed.2013.03.024
- 4.- Lorkowski J, Pokorski M. Medical Records: A Historical Narrative. Biomedicines. 2002; 10(10): 1-13. DOI: <https://doi.org/10.3390/biomedicines10102594>
- 5.- Irgens, LM. The origin of registry-based medical research and care. Acta Neurologica Scandinavica. 2012; 126: 4-6. DOI: <https://doi.org/10.1111/ane.12021>
- 6.- Rocca WA, Yawn BP, StSauver JL, Grossardt BR, Melton LJ. History of the Rochester Epidemiology Project: Half a Century of Medical Records Linkage in a US Population. Mayo Clinic Proceedings. 2012; 87(12): 1202-1213. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.08.012>
- 7.- Muñoz J. El Registro Médico Orientado por Problemas. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1998; 59 (1): 73-78. Accesible online: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6293322>
- 8.- Torres Blanco A. ¿Por qué es importante el registro?. Angiología. 2020; 72(2): 69-72. DOI: <https://dx.doi.org/10.20960/angiologia.00128>
- 9.- Lupa Nasielsker S, Yacaman Handal R, Martínez Jiménez E, Ruelas Ross V. La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. Anales médicos de medigraphic. 2015; 60 (3): 237-240. Accesible online: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2015/bc153m.pdf>

CORRESPONDENCIA:

D^a Isabel Martínez-Cuevas

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.

Universidad de Deusto,

Bilbao, España.

Email: isabel.marcue@opendeusto.es