

Robaina Bordón JM¹, Morales Castellano E¹, López Rodríguez JF¹, Sosa Henríquez M^{1,2}

¹ Universidad de Las Palmas de Gran Canaria - Grupo de Investigación en Osteoporosis y Metabolismo Mineral - Las Palmas de Gran Canaria

² Hospital Universitario Insular - Servicio de Medicina Interna - Unidad Metabólica Ósea - Las Palmas de Gran Canaria

La letra de médico

Correspondencia: Manuel Sosa Henríquez - c/Espronceda, 1 - 35005 Las Palmas de Gran Canaria (España)
Correo electrónico: msosahenriquez@icloud.com

Introducción

Los médicos tienen fama de escribir mal. No en vano existe la expresión “letra de médico” para referirse a una caligrafía casi ilegible que, en todo caso, sólo el arte y la sabiduría del farmacéutico puede descifrar. De hecho, si se busca la definición de “legibilidad” en algunos diccionarios *online* se muestran como ejemplos frases como: “la legibilidad de esta receta médica es nula”¹. La cultura popular considera este hecho como una cualidad casi inherente a la profesión médica.

Sin embargo, desde un punto de vista legislativo, el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación, dicta: “*Todos los datos e instrucciones consignados en la receta médica deberán ser claramente legibles*”². Los médicos por tanto tienen el deber de escribir de forma clara sus prescripciones.

¿Qué hay de cierto en todo ello? Puede que la caligrafía de los médicos sea tan legible como la del resto de la población y que nos encontremos ante una leyenda urbana. De no ser así y de tener los médicos una letra peor, a menudo ilegible, ¿cuáles son las repercusiones que este hecho puede tener sobre la salud de los pacientes? Estas preguntas nos ha dado pie a investigar en la literatura científica lo publicado al respecto, con el objetivo de hallar respuestas comprobadas.

Material y métodos

Para la realización de este artículo hemos efectuado una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos:

a) En español: Google Académico, SciELO, Dialnet, Freemedicaljournals y Latindex, efectuando diferentes combinaciones con las siguientes palabras clave: letra, médico, legible, ilegible, legibilidad, prescripción, doctor,

b) En inglés: PubMed, Google Scholar, DOAJ, Freemedicaljournals, Open J-Gate, Electronic Journals Library, EBSCO, EMCARE y Academic Keys. Los términos empleados fueron: *Writing, medical, illegible, legibility, prescription, doctor.*

Resultados

Los antecedentes

Ya desde la época de Molière existen referencias a la letra de los médicos. Así, en su obra “El médico a palos” el autor satirizaba a los médicos que escribían en un latín ilegible para todos los demás que no fueran ellos mismos³. Hace un siglo, en la revista *Lancet*, en enero de 1915, se condena en un editorial la mala letra, y reproduce «la prescripción más atrocamente ilegible que hayan visto jamás» así como la forma arbitraria en que fue interpretada por el farmacéutico. Concluyen que «a no ser que entre el prescriptor y el farmacéutico existiera un entendimiento y un código privados, lo único que podía decirse de esa receta era que el médico que la escribió debería sentirse avergonzado»⁴. Cuarenta años más tarde, el tema aparece nuevamente en una carta de J.J. Conybeare, que sale en defensa de la mala letra manifestando que consideraba un error que se penalizaran los exámenes por la mala letra. Sostenía como una «cuestión de honor el intento de descifrar lo escrito y que debía evitarse la penalización deliberada...»⁵. Se inicia entonces un debate, con defensores y detractores de la ilegibilidad de la letra del médico. Así, un mes después, una carta de W.W. Kaye sostenía la postura opuesta expresando que no bastaba con penalizar los exámenes o pruebas escritas bajando la nota por mala letra, sino que proponía incluso la reprobación. Consideraba que «sólo puede considerarse la mala letra, como una muestra de mala educación no menor que la de presentarse a una visita social mal vestido, sucio y con las botas embarradas»⁶. Una semana después, el debate se había orientado a si se podía o no corregir el defecto, y E.W. Playfair sostuvo que «sí se podía hasta los 60 años y que él lo había logrado a los 22...». Y como prueba de ello, aparece su elegante firma. El autor se mostró contrariado con los colegas complacientes y coincidía con que «la mala letra se parecía más a la mala educación que a la fealdad del rostro porque, a diferencia de esta última, era fácilmente corregible». Otras cartas,

más cónicas, comentaban, entre otras cosas, que la mala letra es inversamente proporcional a los conocimientos, o, que servía para disimular las faltas de ortografía⁶.

El debate. ¿Los médicos tienen peor letra que el resto de la población?

Dados los antecedentes anteriormente presentados, se han efectuado estudios para tratar de aclarar esta cuestión. Así, en un trabajo realizado por un grupo de investigadores de la Universidad de Kansas se seleccionaron a 20 trabajadores (10 varones y 10 mujeres, todos diestros) de 7 profesiones distintas (contables, abogados, constructores, científicos, médicos, mecánicos e ingenieros) y se les pidió que escribieran una frase determinada en un tiempo que no superara los 17 segundos. A continuación, cuatro investigadores evaluaron independientemente la legibilidad de las distintas frases, otorgando una calificación del 1 al 4 (deficiente, pasable, buena y excelente) sin conocer datos de aquéllos que las escribieron. Tras ajustar por edad y nivel académico, la única diferencia realmente significativa fue entre hombres y mujeres pero no entre profesiones. En todos los casos el 40% de las oraciones escritas por varones eran ilegibles (considerando ilegible una puntuación inferior a 2), frente al 20% en el caso de las mujeres⁷. En este estudio, la letra de los médicos no fue más ni menos legible que la de otras profesiones.

En *British Medical Journal* se publicó un trabajo parecido, pero en esta ocasión sólo se seleccionaron trabajadores del entorno sanitario: clínicos, ejecutivos y administradores. Debían escribir "*Quality Improvement is the best thing since sliced bread*" y eran obligados a parar tras 10 segundos. La evaluación de la caligrafía se hizo a cargo de cuatro voluntarios no clínicos usando la misma escala que se planteaba en el caso anterior (Figura 1). Con el objetivo de resumir en una sola puntuación la dada por todos los evaluadores, se procedió a sumar cada una de ellas y sustraer 3 unidades: así se creó una escala que oscilaba entre 1 y 13. Se logró reunir hasta 209 ejemplos de escritura. La puntuación media se encontraba alrededor de 7. De nuevo tampoco se logró encontrar ninguna diferencia estadísticamente significativa entre médicos y no médicos ($p=0,074$) (Tabla 1). El resto de resultados coincidían con el estudio anterior, reafirmando que las mujeres tenían mejor caligrafía que los varones (media de 6,3 frente a 8,5, $p<0,0001$)⁸.

En la literatura médica, sin embargo, también aparecen publicaciones que concluyen afirmando que los médicos poseen peor caligrafía que el resto de trabajadores sanitarios. En un estudio, publicado también en *British Medical Journal* por Lyons y cols. en 1998, se reclutaron 92 trabajadores de distintos departamentos hospitalarios y se dividieron en tres grandes grupos: 1) médicos, 2) enfermeros y otros trabajadores sanitarios, y 3) personal administrativo. Se pretendía que cada uno de ellos completara un formulario con su nombre, 26 letras del alfabeto y los dígitos del 0 al 9 de la forma más

clara posible. Posteriormente los folios eran analizados con "Teleform", un programa informático que cuando era incapaz de reconocer un carácter daba una puntuación de error. Todo el trabajo estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS®.

Por lo general, no existían diferencias en cuanto a caracteres numéricos no reconocidos entre los tres grupos. Sin embargo, los médicos tenían de media peor puntuación en cuanto al reconocimiento de cada letra. La diferencia era estadísticamente significativa, tanto si se comparaba individualmente a cada grupo como si éstos eran combinados. El mismo resultado se obtenía excluyendo a los varones del estudio. Se controlaron posibles factores de confusión, como el departamento donde trabajaban y la edad de los individuos⁹.

Analizando estos estudios no pareció quedar establecido de forma inequívoca que los médicos tenían peor caligrafía que el resto de la población. En estos trabajos se exigía a profesionales de diversas áreas escribir algo con una cierta rapidez. El resultado fue que no existían diferencias estadísticamente significativas, pero el tamaño muestral del estudio Schneider y cols.⁷ era muy pequeño, y tanto en éste como en el trabajo de Berwick y cols.⁸ la forma de evaluar la legibilidad era ciertamente subjetiva. Por otra parte, aunque en el tercero de los trabajos⁹ sí se empleó un método objetivo para la valoración de la caligrafía, lo único que permitió establecer es que entre los médicos existe un mayor número de grafías no reconocidas por un programa informático. Según estos trabajos, pues, no se puede estar seguro de la existencia de la "letra de médico".

Sin embargo, también se han publicado estudios que confirman la hipótesis de que los médicos escriben de una manera ilegible en ocasiones. Así, un grupo de investigadores españoles tomaron una muestra representativa de historias clínicas que incluían números en un hospital del suroeste de España. Ciertas especialidades, como Cuidados Intensivos, Hematología, Ginecología y Pediatría, fueron excluidas por poseer peculiaridades en el sistema de recogida de datos. Se entendía como "historia clínica" cualquier documento escrito por un médico que incluyera el nombre del paciente, la edad, el motivo de consulta y su situación médica. A continuación, dos médicos residentes recientemente llegados al hospital y no relacionados con el control de admisión o la redacción de los casos clínicos evaluaban la legibilidad de los documentos con puntuación del 1 al 4, siendo:

1. Ilegible (todas o casi todas las palabras son imposible de identificar).
2. La mayoría de las palabras son ilegibles, el significado del texto es confuso.
3. Algunas de las palabras son ilegibles, pero el escrito puede ser entendido por un médico.
4. Legible, todas las palabras se leen con claridad.

En caso de desacuerdo entre los dos residentes, un tercero adjudicaba la puntuación. Así, se examinaron 117 informes, de los cuales 18 (15%) obtuvie-

Figura 1. Imagen representativa de cada categoría de escritura (recibieron la misma puntuación por parte de todos los evaluadores. A deficiente, B pasable, C buena y D excelente). Berwick y cols.⁸

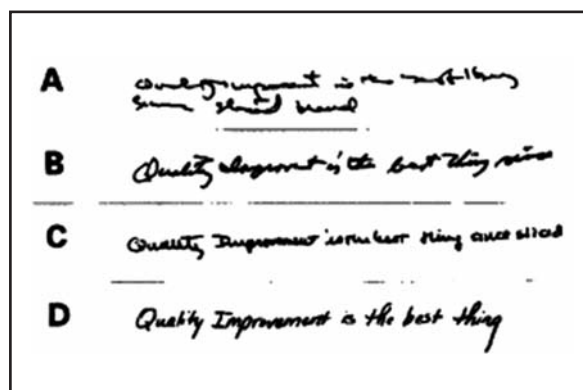
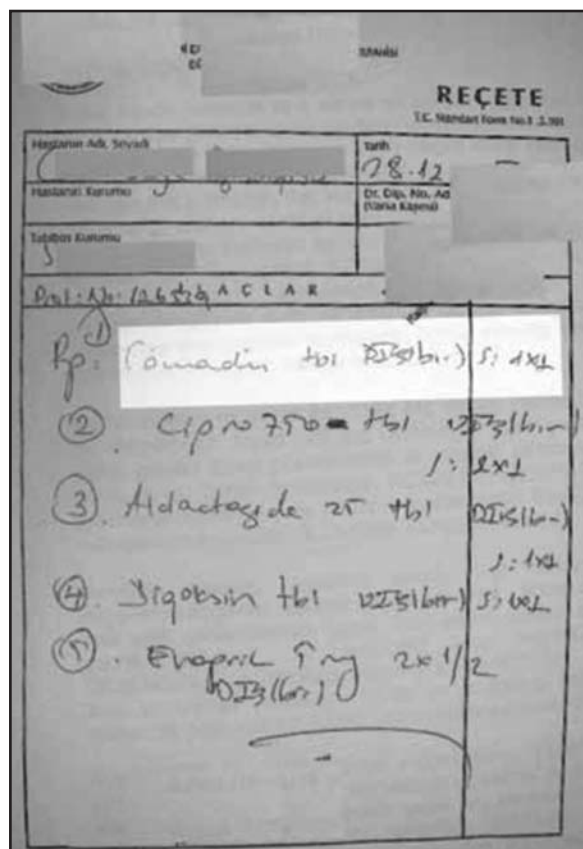


Figura 2. Prescripción médica de difícil lectura a partir de la cual se dispensó Famodin en lugar de Coumadin en una farmacia. Yilmaz y cols.¹⁴



ron una puntuación de 1 ó 2. En el estudio se dieron los resultados de cada especialidad de forma individual. Es de resaltar que las peores puntuaciones pertenecían a departamentos quirúrgicos¹⁰.

Otro estudio, realizado en un hospital universitario en Suiza, evaluó la legibilidad de las recetas médicas. Los resultados fueron que el 52% tenían mala legibilidad y un 4% eran totalmente ilegibles. Y ya no era que se leyeran mal: los de peor legibilidad solían poseer también diversos errores¹¹.

Finalmente, un estudio efectuado en el *Cook County Hospital* de Chicago mostró que el 16% de los médicos tenían letra ilegible y el 17% la tenían apenas legible¹².

Las repercusiones

Un paso más allá resulta la judicialización de este problema y las condenas a los médicos y/o farmacéuticos por no escribir de forma clara en la prescripción de un fármaco, dispensándole el farmacéutico otro diferente con el resultado final de la muerte del paciente. Aunque se han publicado muchos casos, comentaremos unos pocos. Así, un médico debió pagar una indemnización de 225.000 dólares a la familia de un paciente que falleció porque en una receta en la que había prescrito 20 mg de Isordil (dinitrato de isosorbide) fue interpretada por el farmacéutico como Plendil (felodipino), un antagonista del calcio utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial, cuya dosis máxima es 10 mg/día. Después de 6 días tomando una sobredosis de felodipino, el paciente falleció de un infarto de miocardio. La profesionalidad y la atención que el médico tuvo con el paciente no fue puesta en duda por el jurado, quien condenó la ilegibilidad de su prescripción que causó la muerte del paciente¹³. El farmacéutico debió pagar una indemnización equivalente a la del médico.

En otra ocasión, una paciente de 65 años fue intervenida para efectuársele un reemplazo de la válvula mitral, y se le prescribió Coumadin (Figura 2); sin embargo, el farmacéutico no le dispensó Coumadin, pues interpretó que en la prescripción se había escrito Famodin. La paciente, por tanto, no tomó el anticoagulante que se le prescribió, y en una visita de seguimiento un mes después tenía un INR (*International Normalized Ratio*) de 0,7 y una trombosis mitral visible en ecocardiograma. Se le perfundió heparina y cuando el INR alcanzó 3,6 fue intervenida. Fueron extraídos multitud de trombos de la aurícula izquierda así como de la válvula protésica. Durante la cirugía la paciente desarrolló bradicardia y se necesitó implantar un marcapasos. Posteriormente presentó hipotensión severa y falleció durante la operación. Su familia demandó al responsable farmacéutico por el suceso. Para establecer las posibles responsabilidades, se llevó a cabo un estudio para tratar de evaluar la legibilidad de la prescripción: la receta fue remitida a 113 farmacéuticos de distinto nivel de experiencia. Se interpretó correctamente sólo en el 70,8% de los casos (un 75,6% entre los más experimentados y un 43,7% de los aprendices más novatos) (Tabla 2)¹⁴.

Pocos profesionales exponen más su caligrafía que los médicos, y en pocas situaciones resulta tan relevante para la vida de una persona lo que éstos escriban. Cuando un paciente es atendido en una consulta de urgencias y se le facilita una copia de nuestra historia clínica, éste suele leerla porque está preocupado, quiere saber qué le pasa o conocer con más detalle lo que el médico le contó.

Tabla 1. Número de errores caligráficos medio por grupos y tipo de carácter. Berwick y cols.⁸

	Mediana de los errores			Valor de p	
	Médicos	Enfermeros y otras profesiones sanitarias	Administrativos	Todos	Médicos frente al resto
Todos	N=38	N=32	N=22		
Letras*	7 (0-10)	3 (1-6)	4 (2-5)	0,006	0,001
Números#	1 (0-1)	1 (0-2)	0 (0-1)	0,15	0,60
Sólo mujeres	N=13	N=28	N=16		
Letras*	6 (3-10)	3 (1-6)	3 (1-5)	0,10	0,036
Números#	1 (0-1)	1 (0-1)	0 (0-1)	0,29	0,82

* Máximo error posible en las letras del alfabeto = 26

Máximo error posible en los números = 10

Tabla 2. Porcentaje de fármacos según nivel de experiencia que interpretaban una misma prescripción asociándola a distintos medicamentos. Yilmaz y cols.¹⁴

	Farmacéutico		Aprendiz con experiencia		Aprendiz novato		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nombre comercial								
Coumadin	34	75,6	39	75	7	43,7	80	70,8
Famodin	10	22,2	13	25	9	56,3	32	28,3
Famoser	1	2,2	-	-	-	-	1	0,9

Escriban mejor o peor, esta cuestión resulta relevante si tenemos en consideración los riesgos que se toman cuando una receta o una historia clínica son ilegibles. Un médico debe tener una caligrafía perfectamente legible (que no bonita) en todo momento. No es admisible que, de entre 117 informes escritos por médicos, 18 (15%) simplemente no puedan leerse¹⁰, y, menos aún si cabe, que un 4% de las recetas evaluadas sean ilegibles y un 52% se lean mal, tal y como ocurrió en el estudio de Hartel y cols.¹¹.

Ya hemos visto las consecuencias que puede tener el no escribir convenientemente. A veces, los pacientes mueren por imprudencias como éstas. El farmacéutico no debería estar adivinando lo que quiera que haya escrito el médico. En el último de los estudios¹⁴, alrededor del 30% de los fármacos acababan entregando un fármaco equivocado debido a la ambigüedad de la prescripción.

Cabría preguntarse entonces, ¿por qué ocurren este tipo de cosas? El exceso de trabajo y el poco tiempo para llevarlo a cabo podría explicarlo, pero quizá pudiera estar también relacionado con la falta de conciencia sobre este aspecto. Socialmente no parece algo que se deba perseguir, sino una cualidad graciosa de los escritos médicos. Sea lo que sea

que se escriba que involucre la salud de los pacientes, debe leerse sin ningún tipo de dificultad, tarde lo que tarde en escribirse.

Dicho todo esto, no hay excusa para no escribir correctamente. Para ello hace falta compromiso y conciencia de los riesgos que se toman cuando se anota de forma vaga y con prisas. Al final, los perjudicados son los pacientes.

Posibles soluciones

Una solución que, al menos en el campo de las prescripciones médicas parece puesta en marcha, es la informatización de la documentación. En muchos de los artículos anteriormente comentados ya sugerían esta posibilidad. Lo mismo ocurre con las historias clínicas. La receta electrónica podría constituir una ayuda importante a la hora de facilitar la legibilidad de las recetas y también de los informes clínicos. Ahora bien, también se corre el riesgo de que, de nuevo con la excusa de las prisas y del exceso de trabajo se introduzca una jerga informática a base de abreviaturas y palabras inventadas, plagada de faltas de ortografías, sobre todo con las tildes, que a la larga podrían hacer legible pero no entendible o correctamente interpretable el texto. Un ejemplo de ello podría ser lo mostrado en la tabla 3.

Conclusión

Parece claro que un porcentaje considerable de médicos tienen una letra ilegible que condiciona, por una parte, una importante dificultad para entender un informe médico escrito a mano, sobre todo para la población no relacionada con la Sanidad, y que, por otra, en muchas ocasiones es la causa de la dispensación y administración de medicación errónea.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses.

Bibliografía

- Dictionaries. WcOL. <http://www.wordreference.com/definicion/legibilidad>. Consultado el 9 de septiembre de 2014.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 1718/2010 de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE núm. 17, de 20 de enero de 2011, capítulo II artículo 3 apartado 4 Consultado el 9 de septiembre de 2014. http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2011-1013.
- Moliere. El médico a palos. Ediciones ESEBE. 1969.
- Notes, short comments, and answers to correspondents. *Lancet* 1915;185(4766):55.
- Conybeare JJ. The illegible candidate. *Lancet* 1953;261(6768):1001.
- Paz RA. Mala letra. *Medicina (Buenos Aires)* 2001;61:495-6.
- Schneider KA, Murray CW, Shaddock RD, Meyers DG. Legibility of doctors' handwriting is as good (or bad) as everyone else's. *Qual Saf Health Care* 2006;15:445.
- Berwick DM, Winickoff DE. The truth about doctors' handwriting: a prospective study. *BMJ* 1996;313(7072):1657-8.
- Lyons R, Payne C, McCabe M, Fielder C. Legibility of doctors' handwriting: quantitative comparative study. *BMJ* 1998;317(7162):863-4.
- Rodríguez-Vera FJ, Marín Y, Sánchez A, Borrachero C, Pujol E. Illegible handwriting in medical records. *J Roy Soc Med* 2002;95:545-6.
- Hartel MJ, Staub LP, Roder C, Egli S. High incidence of medication documentation errors in a Swiss university hospital due to the handwritten prescription process. *BMC Health Ser Res* 2011;11:199.
- Dunea G. Beastly handwriting. *BMJ* 1999;319(7201):65A.
- Charatan F. Compensation awarded for death after illegible prescription. *West J Med* 2000;172:80.
- Yilmaz R, Yildirim A, Özdemir V, Çetin I, Aksu M, Şahan A. Evaluation of prescription legibility leading to death due to erroneous interpretation: a field survey in pharmacies. *Health Med* 2011;5:1076.

Tabla 3. Texto abreviado e íntegro en una historia clínica electrónica

Texto abreviado

Pac varon de 73a con AP de DM II, HTA y CI q acude x dolor en tx

Texto íntegro

Paciente varón de 73 años con antecedentes personales de diabetes *mellitus* tipo II, hipertensión arterial y cardiopatía isquémica, que acude por dolor en el tórax