

ACERCA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Dr. Sergio Schejter

«He sabido hace pocos años de un corpulento comerciante de 42 años que tenía hemorragias hemorroidales, y que se dejó convencer por un cirujano para que se le practicara una sangría que interrumpiera la hemorragia; al cabo de cinco días, el buen comerciante murió en forma repentina....Una criada en el campo se quejaba de que durante algunos años, había tenido menstruaciones reducidas o incluso nulas, acompañadas de un hematoma en la cabeza. Después de que cesara por completo la menstruación, el hematoma aumentó de tamaño y se extendió, por lo que suprimir las hemorroides y la menstruación es perjudicial»

A estas conclusiones llegó John Storch, médico alemán hacia 1730, cuando publica las historias clínicas de sus pacientes. Por aquel entonces el idioma universal de la medicina era el latín, como lo es el inglés en la actualidad¹. Estos comentarios que suenan irrisorios para un médico del siglo XXI nos sirven de introducción al tema de la historia clínica, la cual constituye el mejor instrumento para valorar la calidad de la atención médica y hacer un seguimiento en cuanto al progreso de la medicina y al propio de cada médico. Así, pues, parafraseando a Laín Entralgo, la lectura de las historias clínicas a través del tiempo está ligada a la historia misma de la medicina y a la de la educación médica de un país.

La historia clínica constituye el paradigma de la información médica, que debe registrar todos los datos semiológicos, prácticas e hipótesis diagnósticas que se tienen con los pacientes, y en una época de eclosión tecnológica sirve para humanizar el ejercicio de la medicina. Es un documento fundamental para demostrar la calidad prestacional brindada tanto en los aspectos técnico, administrativo y legal, y así lo consideran la jurisprudencia nacional y extranjera. En ella no sólo debe consignarse la enfermedad actual del paciente, sino también sus antecedentes médicos y sociales, situaciones que surgen de la relación médico-paciente, cumplimiento de la medicación, interferencias familiares y la correcta instrumentación del consentimiento informado. Para todo esto debe ser clara, precisa, veraz, metódicamente confeccionada y actualizada en forma permanente. Su realización en forma incompleta es considerada por la Justicia con el calificativo de «deficientemente confeccionada». Esto, si bien no significa que indudablemente se obró con negligencia, no es favorable para el médico que enfrenta un juicio por responsabilidad profesional, y las ausencias u omisiones pueden perju-

dicarlo y predisponer mal a un juez. De más está decir que el secuestro de la historia clínica suele ser uno de los primeros pasos procesales en los juicios por mala *praxis*².

En otro orden de cosas digamos que las obras sociales, a través de sus auditores médicos, juzgan la calidad de la atención médica de sus asociados leyendo las historias clínicas, y determinan que todo estudio o práctica médica debe estar absolutamente justificada (lo cual de por sí debiera hacerse sin considerar la cobertura de los pacientes). De no ser así se acarrea también un perjuicio económico, ya que los estudios o prácticas injustificados no serán abonados. La ley 17.132, que contiene las normas para el ejercicio de la medicina, establece que la historia clínica debe escribirse manualmente y con bolígrafo negro, sin signos ni abreviaturas, y que debe ser fechada, firmada y con aclaración de la misma por quien la realizó².

Aquí cabe hacer un pequeño comentario sobre la caligrafía de los médicos. Ha sido ampliamente aceptado, especialmente entre pacientes, enfermeras y farmacéuticos, que los médicos tienen la peor caligrafía de los llamados profesionales ilustrados. Así lo expresa George Dunea en un artículo sobre caligrafía médica. El mismo refiere que en un estudio realizado en 1979 se encontró que 16% de los médicos escribían en forma completamente ilegible, y 17% en forma escasamente ilegible. Remata su artículo refiriendo que la nítida escritura se ha vuelto un raro fenómeno en esos días³⁻⁵.

Tal vez por eso muchos piensen que la computadora podría, entre muchas otras ventajas, mejorar la comprensión de lo que escriben los médicos, a la par de ofrecer un rápido acceso a los datos, y con su impresión, solucionar en forma práctica esta situación conflictiva. Si bien no hay normas ni prohibiciones expresas, el archivo de una historia clínica en una computadora conlleva ciertos riesgos. En primer lugar, la historia clínica así confeccionada podría perder su veracidad, ya que su elaboración a través de la computadora podría rehacerse, si no existieran programas que lo evitaran, impidiendo, como en la manuscrita, el juzgamiento por peritos caligráficos. Además, el fácil acceso a la misma vulnera el derecho a la intimidad del paciente y su vinculación con el secreto médico².

La historia clínica debe ser realizada tanto con pacientes internados como ambulatorios, ya sea en la práctica pública como privada, y puede adoptar distintos diseños, ya sea con formatos especialmente estructurados para ser llenados siguiendo un ordenamiento similar al indicado en los libros de texto, como simplemente hojas en blanco sin ningún modelo pre-impreso, y que

otorgan amplia libertad en la realización de la misma. Ambas pueden ser bien o mal confeccionadas.

Lo que la ley 17.132 también prevé es que además de «adoptarse los recaudos para la realización de las historias clínicas, las instituciones deben proveer para una adecuada conservación y archivo de las mismas, y que no se vulnere el secreto profesional»².

Por otro lado, en vista de que la relación médico paciente es contractual, generalmente se considera que, como mínimo, la historia clínica debe conservarse por un lapso de 10 años, que es el plazo de prescripción legal para iniciar una acción judicial por responsabilidad profesional. De cualquier manera, en vista de unos fallos recientes dictados por la Justicia de la Capital Federal luego de la quiebra y subasta de sanatorios, se estableció un plazo de 15 años para la conservación de los mismos. Otro hecho de interés que siempre despierta polémicas es a quien puede atribuirse la pertenencia de la historia clínica.

Se considera que el médico, el ente asistencial y el paciente, tienen derecho de propiedad sobre la historia clínica. Así pues, el paciente tiene derecho a ser informado y a acceder a una copia fiel de dicho documento, para lo cual el mismo debiera estar adecuadamente conservado y archivado, como se mencionó anteriormente. En cuanto a los recursos diagnósticos, le pertenecen al médico, quien tiene el derecho de retenerlos para su archivo científico y como comprobación de su actuación profesional, pero los pacientes u otros colegas pueden acceder a una copia fiel de los estudios realizados como también ver los originales².

Ahora nos referiremos a algunos aspectos de la confección de la historia clínica propiamente dicha. Lo primero que debemos distinguir son las realizadas en el ámbito de la sala de internación de aquellas hechas en el consultorio externo, dejando expresamente aclarado que en ambas circunstancias las historias clínicas pueden estar bien o mal confeccionadas. En las salas de internación las mismas debieran desarrollarse de una forma meticulosa con cada órgano o sistema explorado, anotando tanto los datos positivos como negativos. En consultorio externo en cambio, el tiempo que se dispone es menor, por lo que fundamentalmente debería dejarse constancia de los datos positivos o sólo algunos pocos negativos, todo con un sentido de síntesis y practicidad.

La misma suele comenzar con los datos de filiación del paciente, previa presentación amistosa del médico, tratando de conseguir desde un principio una atmósfera de respeto y cortesía. Aún en los contados casos de hostilidad por parte del paciente, deberemos tolerar dicha situación, tratando de cambiar el humor del mismo con nuestra postura de prestar atención a todas las quejas efectuadas.

Es importante enterarnos desde el principio del motivo de consulta o internación del paciente, que pueden expresarse en cuatro o cinco palabras, preferiblemente citadas por el mismo. Es aconsejable darle la oportuni-

dad al paciente de contar su propia historia durante los primeros minutos de la entrevista, aún cuando durante la misma no siga un orden preciso⁶.

Dar esta chance al paciente incrementa su satisfacción y buena disposición durante la confección de la historia clínica. A pesar de esto, en una investigación realizada en un ámbito académico norteamericano sobre las entrevistas médicas, la mayoría de los médicos había interrumpido a sus pacientes y a los 20 segundos de comenzado el interrogatorio, según lo reveló un disertante de aquel país hace poco tiempo. Por supuesto, luego cada médico debe ordenar la historia contada por su paciente con la técnica requerida y su propia personalidad. Resulta simpático lo referido por Abraham Verghese en el artículo *El médico como relator de historias*: «La mayoría de los médicos se involucran en la historia de vida de sus pacientes. Algunas veces son simples testigos, registrando todo en la historia clínica, pero a menudo se vuelven protagonistas principales de estas historias. Nuestras acciones cambian la trayectoria narrativa con influencia decisiva de la referida por el paciente y/o sus familiares. De aquí en más el médico ya pasa a formar parte de la crónica narrativa de sus pacientes». En otro párrafo se refiere a lo contado por los pacientes como la voz del paciente, que nosotros trasladamos a la historia clínica como la Voz de la Medicina, en un lenguaje técnico y desprovisto de imaginación, el cual no siempre refleja los sufrimientos de los pacientes.

Yo, siempre por experiencia y en especial con los pacientes ambulatorios, suelo dejar un espacio en blanco luego del interrogatorio, ya que frecuentemente el motivo principal o de mayor preocupación del paciente me es referido cuando lo estoy examinando o al despedirme. Hay circunstancias en que sólo me he enterado de todos los hechos luego de algunas entrevistas. Por supuesto que la situación presentada por el paciente como cuadro confusional o de extrema urgencia hace que debamos realizar el interrogatorio a terceros o posponerlo para otra ocasión.

Luego del relato de su enfermedad actual debemos recabar los datos referidos a sus antecedentes personales, a su lugar de origen y lugares de residencia, esto es, sus enfermedades de relevancia padecidas en el pasado y sus concomitancias actuales. Pasamos luego a preguntar por sus hábitos y reacciones adversas a drogas, como así también a la medicación que está recibiendo en la actualidad. Cuando tengamos dudas de los datos referidos por el paciente o temamos ocultamientos, los tendremos que consignar y ver si familiares, amigos o vecinos pueden ayudarnos.

También es importante registrar los antecedentes familiares, ya que pueden marcar una tendencia del paciente. A renglón seguido los antecedentes sociales nos permiten ver entre otras cosas la repercusión de la enfermedad actual en la vida del paciente. Es interesante siempre saber sobre la ocupación que tiene o ha teni-

do, ya que esto puede darnos la pista en algunas ocasiones de la enfermedad actual. No suele ser lo mismo un paciente jubilado (y cual fue su trabajo previo), otro con trabajo activo, u otro que está desocupado, en la repercusión de determinadas enfermedades. En cuanto al examen físico, existen recomendaciones universalmente aceptadas que son la de evitar cambios de posición o decúbito frecuentes, desnudar al paciente por regiones y el tiempo estrictamente necesario, respetando todo lo que sea posible su pudor. Se cree conveniente realizar el examen rectal y pélvico al final del examen físico⁶. Personalmente siempre comienzo, en especial en consultorio externo, con el examen del paciente estando sentado, realizando la semiología en cabeza, cuello y tórax, y luego pasar a examinarlo en decúbito dorsal, prosiguiendo en dirección caudal. En realidad el examen físico comienza cuando vemos por primera vez al paciente, observamos su actitud, apariencia y estado general, su forma de caminar, sentarse, hablar, el rostro que nos ofrece. Siempre deben examinarse cuidadosamente aquellas partes del cuerpo relacionadas con los motivos de consulta.

Los médicos debiéramos esforzarnos en mejorar nuestra aptitud en el examen físico a lo largo de nuestra vida profesional. Suzanne W. Fletcher⁶ aconseja, por ejemplo, que si queremos mejorar nuestra destreza en la palpación de la tiroides, deberíamos examinarla con cada paciente, con la técnica debida y una atención extra en dicha práctica. Al cabo de pocas semanas mejoraría nuestra destreza, aún cuando ninguno de los pacientes examinados tuviera enfermedad tiroidea. Por otro lado debemos recordar que existen muchas formas de examinar a los pacientes, pero con las maniobras semiológicas correctas tendremos más oportunidades de detectar patologías. En el caso de los pacientes internados es probable que casi o simultáneamente con la confección de la historia clínica podamos disponer de algunos exámenes complementarios, como datos de laboratorio, radiológicos y electrocardiograma, que hayan de alguna manera decidido la internación del paciente, y que volcaremos antes de la impresión diagnóstica. Después ya estaremos en condiciones de proponer un diagnóstico preciso o bien nos podemos referir a los procesos que presenta nuestro paciente como problemas de salud, que es «todo aquello que requiere diagnóstico o manejo posterior o interfiere con la calidad de vida de acuerdo con la percepción del paciente»⁸.

Luego de realizada una buena historia clínica se reduce el espectro de posibilidades diagnósticas, y el plan de estudios a solicitar es el estrictamente necesario y adecuado a los críticos recursos que se disponen en momentos como los actuales. Posteriormente se indica, o no, un plan terapéutico de acuerdo con cada situación en particular. En ocasiones el mejor plan consiste en suspender toda la medicación recibida hasta ese momento y en esperar y ver la evolución. Como dijimos anteriormente, la historia clínica debe concluir con la

firma y aclaración de la misma, si es posible con un sello de quien la realiza. La fecha en general se coloca al comienzo.

La evolución o las sucesivas entrevistas, que así mismo deben estar fechadas y firmadas, tienen que dejar aclarados expresamente los motivos de todas las actitudes tomadas, como la interpretación de los exámenes complementarios recibidos y la evolución de las enfermedades. También es recomendable consignar si el paciente ha sido presentado en alguna reunión médica o consultado con determinado profesional, refiriendo todas las conclusiones y sugerencias que se realicen.

Finalmente, en las historias clínicas de los pacientes internados, es recomendable realizar un epicrisis al egreso o alta. La misma deberá resumir todas las alternativas que hubo durante la internación, con los diagnósticos al alta, el tratamiento indicado, a veces también pautas para su seguimiento y estudios que pudieran estar pendientes.

En algunas historias clínicas también puede existir un diseño preimpreso del llamado «consentimiento informado». El mismo es definido por el Comité de Ética de nuestro hospital como «la aceptación razonada, libre y conforme al propio sistema de valores por parte del paciente, de una terapia o intervención propuesta por el equipo de salud, relativa a una situación de diagnóstico, terapéutica, de pronóstico o experimental»⁹. El paciente debe mostrarse competente, o sea, capaz de interpretar lo que, en forma sencilla y con un lenguaje coloquial, el equipo de salud debe dar a conocer. Al mismo también debe referirse todas las alternativas posibles y racionales, y respetar también el hecho de que el paciente no quiera ser informado. En este caso puede decidir un familiar con su firma. Se exceptúan las situaciones de urgencia. El paciente debe poder ejercer su libre autonomía para decidir y no debiera haber coacción en esta situación por parte del equipo de salud.

Si bien nace como consecuencia de una exigencia jurídica, el mismo es una extensión de la relación médico-paciente y de la buena práctica médica, y como tal debe ser preservada.

Quisiera finalmente revelar una expresión de deseo para un futuro lejano de nuestro hospital. Hace unos años, cuando el Massachusetts General Hospital de la ciudad de Boston celebró un aniversario de su existencia, entre los actos conmemorativos se realizó un anatómico, pero esta vez con una historia clínica confeccionada 100 años atrás. ¿Podría esperar lo mismo para mi hospital?.

BIBLIOGRAFÍA

1. Urs Boschung. *Principios físicos y morales de la medicina*. En: *Crónica de la medicina*. Fascículo 7. Publicado en 1994 por Laboratorio Sidus.
2. Maccagno A, Poggi V, Bruno A. Aspectos médico legales de la práctica médica. *Proami* 1997;2(4):285-9
3. Dunea G. *Beastly handwriting*. En: *British Medical Journal* 1999;319:65
4. Kandela P. *Sketches from The Lancet*. *The Lancet* 1999;353:1109
5. Paz R. *En contra de la mala letra*. *Revista del Hospital Privado de Comunidad* 2000;3(2):152
6. Fletcher S. *Clinical decision making: approach to the patient*. En: *Goldman Bennet. Cecil Textbook of Medicine*. 21 ed. pág. 77-9
7. Verghese A. *The physician as story teller*. *Annals of internal medicine* 2000;135(11):1011-7
8. Casal E. *Historia clínica orientada al problema*. *Proami* 1996;1(4):197-222
9. Comité de Ética del Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata. *Consentimiento informado*. Diciembre 1995

¿Cómo se fue gestando la historia clínica que hacemos diariamente?

Sabemos que la medicina hipocrática enfatizó el valor de las observaciones metódicas y detalladas (llegaron incluso al reconocimiento post-mortem de una cabra). En los libros I y II sobre las Epidemias hay historias clínicas detalladas en las que se describe la diaria evolución de un paciente, a veces hasta la muerte del mismo. Recién en el siglo XVI aparece en la literatura médica algo comparable, gracias a Guillaume de Baillou (1538-1616), quien adaptó el modelo de las Epidemias. La descripción de los casos es breve y metódica; describió cuarenta y dos pacientes en dos libros, terminado el sesenta por ciento con la muerte del enfermo¹.

¿Puede el lector proporcionarnos otros datos sobre la gestación y desarrollo de la historia clínica?. Escribanos a ddifer@hpc.org.ar

1. Lloyd GE. *Los autores hipocráticos*. En: *De Tales a Aristóteles*. Editorial Eudeba, pág. 91