

La historia clínica de excelencia

Horacio García Romero, Facultad de Medicina, UNAM

Con algunas notables excepciones, en las clínicas y hospitales del Sector Salud, las historias clínicas de los pacientes adolecen de defectos muy serios. El asunto es grave, si se considera que ese documento es la base de todo expediente clínico. El problema involucra la enseñanza en las escuelas de Medicina en el pregrado y el posgrado, el interés de las autoridades del Sector, e incide en forma importante en la adecuada atención de los enfermos.

Una historia clínica incompleta, imprecisa e inexacta es un documento inútil, que además puede ocasionar desorientación y pérdida de tiempo y de recursos. Impide el seguimiento del cuadro del enfermo, y como documento de investigación jamás servirá para comprobar los resultados de un tratamiento o la eficacia de un método diagnóstico.

La baja calidad de las historias clínicas no puede atribuirse a que éstas las realiza personal que se encuentra aún en entrenamiento: internos, pasantes o residentes de primer año. Estos médicos o casi médicos, durante su práctica hospitalaria deberían estar ya preparados para realizar interrogatorios y exploraciones muy adecuadas. En última instancia, sus historias deben ser siempre revisadas por personal de nivel superior, que los oriente, corrija sus faltas y les enseñe a captar la información en forma cada vez más rigurosa y acertada.

El problema que ahora nos preocupa puede atribuirse a tres grupos de causas:

1. Conceptos erróneos sobre la utilidad de la historia clínica.
2. Inadecuado entrenamiento. Enseñanza inapropiada por poco interés de los docentes, escasa supervisión y evaluación de la práctica clínica, y desviación de la atención a otros campos.
3. Negligencia de quien elabora la historia y del resto del personal de la unidad que debe supervisarla.

No son raros los médicos que consideran que basta captar algunos datos clínicos del enfermo, ya que al fin y al cabo los exámenes complementarios terminarán por definir y afinar el diagnóstico. Pocos conceptos han hecho tanto daño, como éste, a la eficaz atención de los pacientes. Esta forma de pensar conlleva un mínimo interés del médico en los problemas del enfermo y la consecuente realización de estudios de diagnóstico inapropiados y excesivos, lo que produce un daño considerable. El alto costo de las pruebas exige tomar la mejor decisión en lo que se refiere a su selección, basada en una adecuada impresión clínica. Además, los exámenes de laboratorio y gabinete excepcionalmente tienen una sen-

sibilidad y una especificidad cercanas al 100%, y es sólo mediante su congruencia con el diagnóstico clínico que adquieren su verdadero valor.

El deficiente entrenamiento se inicia a nivel de las escuelas de Medicina. El problema puede atribuirse a que los maestros no exigen suficientes historias clínicas, y son escasas las revisiones que se hacen de esos documentos. Como consecuencia, el alumno no consigue la capacidad para captar todos los aspectos semiológicos de los síntomas de sus enfermos. La solución vendrá cuando los docentes tengan la convicción que *la realización de un interrogatorio minucioso y de una buena exploración constituyen las destrezas más importantes que un estudiante de la carrera de Medicina debe desarrollar*. La responsabilidad que corresponde a los maestros en la consecución de este objetivo deben sentirla con cada uno de sus alumnos.

Por otra parte, las evaluaciones se enfocan fundamentalmente a los aspectos teóricos, y por excepción se valora el desempeño del estudiante en relación a sus enfermos. Las historias clínicas son documentos objetivos de gran ayuda para percibir la eficacia de la práctica del alumno.

En las pruebas teóricas se presentan casos resumidos con síntomas y signos precisos, de los que se derivan una serie de preguntas. Estos reactivos, sin duda de alta calidad, dejan sin embargo la impresión que obtener los datos del enfermo es muy simple, lo que puede estar lejos de la verdad. A la larga, el estudiante se preocupa más por saber cómo hacer diagnósticos en teoría que por la forma de recabar la información para establecer esos diagnósticos.

La elaboración de una historia clínica de excelencia, cualquiera que sea la guía o cédula que se utilice, debe incluir los rubros siguientes:

1. Definir a fondo el perfil social y psicológico del paciente.

2. Ubicar el padecimiento actual dentro del contexto de la historia general del enfermo.

3. Hacer un análisis detallado de cada síntoma o grupos de síntomas que el paciente nos refiera, durante toda la evolución de su padecimiento.

4. No descuidar el "interrogatorio por aparatos y sistemas". Lo que el enfermo nos señale en este rubro puede ser tan importante como lo que se refiere en el "padecimiento actual". Los síntomas deben ser analizados a profundidad. El hecho de que aparentemente no estén relacionados con la enfermedad principal puede ser ilusorio. He visto mencionados en este capítulo, sin el menor análisis, síntomas como disfagia, disnea, disuria, baja de peso y otros que tienen gran importancia en la historia de cualquier enfermo.

5. En la exploración no hay pretexto que nos permita omitir la exploración neurológica, el tacto rectal o la palpación de las pedías. El peso y la talla del paciente deben incluirse siempre si no hay algún serio impedimento.

6. Anotar los diagnósticos nosológicos, sindromáticos o simplemente la relación de los problemas del enfermo, según las probabilidades clínicas. De gran utilidad para la enseñanza puede ser el que el alumno exponga el programa para definir el diagnóstico y el tratamiento del paciente.

La supervisión de la historia por personal de mayor jerarquía es indispensable. Si se desea, puede practicarse una evaluación formal que se llevará a cabo mediante una cédula o lista de cotejo con pocos rubros, siempre en presencia de la persona que elaboró el documento original.