

COMUNICACIÓN BREVE

Algunos comentarios sobre el expediente clínico

Some comments about the medical record

Dr. Alfredo D. Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular y Consultante. Investigador Titular. Académico Titular. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.

RESUMEN

Se realizan algunos comentarios acerca del expediente clínico en nuestros días. Se incluyen aspectos relacionados con su historia, su importancia, como enseñar a su realización, diferentes funciones que ha adquirido, tipos de formatos, así como responsabilidades individuales e institucionales con este documento.

Palabras clave: Historia clínica; Expediente clínico; Enseñanza de la clínica; Archivo de historias clínicas

ABSTRACT

Some issues are commented about the medical records at present. There are included aspects as: history, importance, how to teach its performance, different functions, types of medical charts, and individual and institutional responsibilities with this document.

Key words: Medical record; Medical chart; Teaching of clinics; Archive of medical records

- La toma de la historia clínica - lo más "acabada" posible - es, quizás, la destreza conductual más importante que el médico deberá dominar al terminar su carrera y es, posiblemente, el resultado objetivo que mejor refleja el desempeño profesional del médico y que da unicidad a todo el proceso docente-educativo en las áreas clínicas. Por tanto, no concebimos el futuro, al lado de nuevas y poderosas tecnologías, sin historias clínicas brillantes y que reflejen real e integralmente a las personas que se atienden.

- Una historia clínica correcta (que jamás la podrá efectuar la computadora), una exploración física cuidadosa (que jamás podrá ser sustituida por la maquinaria de turno), el empleo de la inteligencia humana en el proceso de formulación diagnóstica (que jamás podrá ser igualada por la inteligencia artificial), la bondad y el calor humano durante el contacto con el paciente y la comprensión para las vertientes psicosociales (que jamás podrán sustituirse por la robótica), son condiciones imprescindibles para la calidad del acto médico que perdurarán, así como para que las personas atendidas se sientan tratadas como tales
- Las primeras historias clínicas reconocidas se atribuyen a Hipócrates y sus discípulos hace 2400 años, donde, por iniciativa propia, dejaban reflejadas en ellas, lo más objetivamente posible, los síntomas y signos de los enfermos, con fines predominantemente "asistenciales".
- Primera historia que se conoce, atribuida a Hipócrates: *"Filisco, que vivía cerca de la muralla, se metió en cama. Primer día, fiebre aguda, sudor, la noche fue penosa. Segundo día, exacerbación general, más por la tarde; una pequeña lavativa produjo evacuación favorable y la noche fue tranquila. Tercer día, por la mañana y hasta el mediodía pareció haber cesado la calentura, pero a la tarde se presentó con intensidad, hubo sudor, sed, la lengua empezó a secarse, la orina se presentó negra, la noche fue incómoda, se durmió el enfermo y deliró sobre varias cosas. Cuarto día, exacerbación general, orinas negras, la noche menos incómoda y las orinas tuvieron mejor color.*

Correspondencia:

Dr. Alfredo Dario Espinosa Brito

Doctor en Ciencias Médicas. Profesor e Investigador Titular.
Hospital Provincial Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima"
Cienfuegos. CP. 55100

Dirección electrónica: espinosa@gal.sld.cu

Quinto día, hacia el mediodía se presentó una pequeña pérdida de sangre por la nariz, de sangre muy negra, la orinas eran de aspecto vario y se veían flotar nubecillas redondas semejantes a la esperma y diseminadas que no formaban sedimentos. Con la aplicación de un supositorio, evacuó una pequeña porción de excremento con ventosidad, la noche fue penosa, durmió poco, habló mucho y de cosas incoherentes, las extremidades se pusieron frías sin que pudieran recibir el calor y la orina se presentó negra. A la madrugada se quedó dormido, perdió el habla, sudor frío, lividez en las extremidades y sobrevino la muerte a la mitad del sexto día. Este enfermo tuvo hasta su fin la respiración grande, rara, con sollozos, el bazo se le hinchó y formó un tumor esferoidal, los sudores fríos duraron hasta el último instante y los paroxismos se verificaron en los días pares".

- Luego desaparecieron por casi 17 siglos, hasta ser retomadas por Thomas Sydenham (el Hipócrates inglés").
- Posteriormente, a las historias clínicas se les han ido añadiendo múltiples funciones, además de las asistenciales originales: docentes, administrativas, estadísticas, de investigación, éticas y legales. De ahí su complejidad en nuestros días, pues no sólo sirven para facilitar el proceso de atención médica de los enfermos, sino para diferentes actividades, donde otros también las utilizan –e incluso evalúan y supervisan- de manera más o menos pública lo que, de paso, dificulta cada vez más el mantenimiento el compromiso del secreto profesional con los enfermos, tan valorado en el pasado.
- El expediente clínico no es un fin en sí mismo, sino que es una consecuencia del trabajo asistencial y docente. Es como una constancia, donde debe reflejarse fielmente, con claridad y coherencia, que se han cumplido todas las etapas del método clínico en la asistencia de un paciente. Si esto es así, el resto de las funciones del expediente clínico también se cumplirán de manera correcta por añadidura.
- En una institución de salud, la historia clínica es un documento colectivo y complejo, donde se debe reflejar todo el proceso de atención clínica al enfermo y donde intervienen múltiples y disímiles profesionales, técnicos y trabajadores, e incluso estudiantes, con diferentes formaciones, intereses y enfoques, todo lo cual hay que armonizar, integrar y lograr que se considere como un todo. Aquí están sus responsables.
- El formato del expediente clínico debe supeditarse, sobre todo, al principal objetivo, que es alcanzar una asistencia médica adecuada de los enfermos, por lo que, respetando una serie de invariantes, debe adaptarse lo mejor posible a las diferencias lógicas existentes entre servicios, tipos de pacientes, momento de la atención, entre otros factores que intervienen en el acto médico. Aunque la forma es secundaria, no se debe despreciar el valor de contar con una estructura del expediente clínico adaptada a las necesidades identificadas que se tratan de resolver y no al revés.
- El cuidado de la estética de todo el documento fue siempre incluido en el contenido de trabajo del personal de enfermería que, además, lo jerarquizaba directamente. En el pasado también fue encargada su custodia, casi de una manera sutil, a los estudiantes en formación, tanto de medicina como de enfermería, tradición que se ha ido debilitando y que ayudaba a valorar su importancia por los futuros profesionales. Hay que rescatarla.
- Si bien en general debería suceder, no necesariamente tiene que haber una correspondencia absoluta entre un diagnóstico y un tratamiento correctos o no, una adecuada o inadecuada atención médica en un enfermo, por un lado, y la calidad del expediente clínico, por otro. En otras palabras, puede darse el caso de que todo el proceso de asistencia médica sea apropiado y no reflejarse así en el documento y, por el contrario, una historia bien escrita *per se* no garantiza que todo lo que allí se asiente, se ha realizado correctamente. Esto hay que tenerlo en cuenta, pues una persecución implacable en pos de mejorar la calidad de lo que aparece escrito puede provocar la confección de documentos con fraudes (por ejemplo, procedimientos no realizados que aparezcan documentados), que pueden engañar al visitante ocasional, pero no al que conoce bien, desde adentro –o con pericia suficiente desde afuera- y de manera sistemática, los resultados de uno o varios servicios médicos.
- La responsabilidad con la calidad de las historias clínicas es, en primer lugar, del médico de asistencia, luego del colectivo o grupo básico de trabajo, pero deben ser los jefes de los servicios médicos y de enfermería (y más concretamente los jefes de los grupos básicos de trabajo, los jefes de guardias, etc.), los máximos garantes de la calidad del documento. Son su carta de presentación, sus evidencias, sus pruebas, son una parte importante de su visibilidad. Lo escrito, escrito está. Hay que responder por su calidad. Las palabras se las lleva el viento.
- El expediente clínico, como documento, hasta que no se cierra definitivamente, es una obra abierta, ya que no posee aún desenlace y permite desarrollos posteriores. Aunque se dice que se "cierra" la historia clínica de un paciente cuando se

redacta la epicrisis al egreso, y se le firma el alta o el traslado, teóricamente el único desenlace irreversible de una historia clínica, su verdadero cierre, sería la muerte del paciente

- Por último, cada institución debe responsabilizarse con la custodia de sus expedientes clínicos, así como organizar y mantener un archivo que

responda a las necesidades actuales de almacenamiento y protección de estos documentos, que deberían estar, a la vez que bien protegidos éticamente, siempre disponibles para los diferentes propósitos que ya se mencionaron.