

## **Algunas reflexiones sobre la historia clínica.**

Fernando Diz-Lois

*Medicina Interna. Hospital Juan Canalejo. A Coruña*

El historial clínico es la base de un diagnóstico. En él se refleja todo el conocimiento y capacidad del médico. Toda la carrera profesional de un médico que asiste y trata a enfermos debe conducir a la maestría en la realización de historias clínicas, sin ellas no es posible hacer un diagnóstico diferencial correcto y no se puede discriminar cuál es el mejor camino a seguir o qué pruebas son necesarias.

La historia clínica comenzó a tener su razón de ser, es decir, cambiar de ser un documento puramente descriptivo de síntomas a tener una intención deductiva, cuando se comenzaron a hacer intentos de clasificar las enfermedades. Uno de los más famosos está reflejado en la *Nosographie Philosophique* por Phillippe Pinel, publicada en 1798. Pinel aconseja al médico para el estudio de una enfermedad “anotar la edad y constitución del individuo, extraer los síntomas y anotar el pulso, temperatura, respiración, digestión, facultades intelectuales y excreciones. Uno no debe de ignorar tales circunstancias como fatiga, afectaciones morales, abuso del placer, aire insano, principios contagiosos etc. Los síntomas deben de ser examinados, independientemente de toda hipótesis y sólo en términos de impresiones hechas por los sentidos”.

La evolución de la historia clínica ha seguido y continúa, el camino de huida de la subjetividad. Con la definición de Pinel ya se vislumbraba esa preocupación cuando dice que los síntomas “deben ser examinados independientemente de toda hipótesis”. Esta afirmación que induce a pensar en una pura descripción objetiva de síntomas, contrasta sin embargo con la propia clasificación que él mismo había hecho de las enfermedades. Cuando el médico se enfrenta a una serie de síntomas

trata de encasillarlos en una enfermedad determinada o en un complejo sindrómico, así esta pura descripción conduce a un razonamiento deductivo que lleva al diagnóstico. Pero este proceso mental debe de estar abierto no a una sino a varias posibilidades, es por ello que el médico no debe interferir en lo que el enfermo quiere significar al explicar sus síntomas, en caso contrario, al tratar de no violentar su razonamiento que ya prejuzga prematuramente un diagnóstico, puede fácilmente equivocarse.

Pero el desarrollo de la historia clínica vino de la mano de la correlación anatomoclínica, cuando se comenzó a relacionar síntomas con los distintos órganos lesionados, dándole a la entrevista y examen del paciente un cierto aire científico. Esto se fue perfeccionando a medida que se conocieron cada vez mejor las lesiones histológicas de los distintos procesos morbosos.

Posteriormente la aparición de la fisiopatología hizo que se diese una interpretación funcional a la sintomatología. Esto ocurría a finales del siglo XIX. Fue entonces cuando se perfeccionó el arte médico y la historia clínica adquirió gran relevancia. Ésta fue la base del desarrollo de la Medicina Interna y motivó la aparición de los grandes tratados de Medicina.

Desde entonces la historia clínica sirvió para averiguar qué órgano o sistema está enfermo, qué tipo de lesión tiene (inflamatoria, neoplásica, vascular, etc) y también cual puede ser la causa de esa alteración. La precisión que se alcanzó fue mejorando, adquiriendo gran relevancia tanto el interrogatorio del paciente, para conocer los síntomas y su forma de presentación, como la exploración detallada de cada órgano. Fue el instrumento imprescindible para el diagnóstico en una época donde no había mucha información complementaria, de imagen o analítica.

Pero la historia clínica ha pasado la época de esplendor y su valor actualmente parece haber llegado a su declive, a pesar de que con los avances en las técnicas de imagen y su correlación con ellas la harían mas objetiva. Sin embargo, la historia clínica, continúa siendo diagnóstica hasta en un 70% de los casos, y en cualquier caso es imprescindible para orientar el proceso y seleccionar las pruebas

necesarias en una época en que el gasto sanitario está aumentando de forma alarmante y las listas de espera para realizar pruebas es cada vez mayor.

En la actualidad el mayor inconveniente para realizar una buena historia clínica es la rapidez del acto médico, por ello los médicos jóvenes cada vez están menos acostumbrados a hacerla. Es lógico que quien no hace historias habitualmente nunca llegará a ser experto en realizarlas. Cuando no se domina una técnica o un procedimiento resulta tedioso e incómodo hacerlo y se tiende a no utilizarla. El resultado es, que la historia se elabore utilizando el método de acierto/error (sistema del “doctor House” en su famosa serie de televisión), tomando un síntoma o unos pocos como base para pedir pruebas y comprobar si con alguna se acierta lo que tiene el enfermo.

La historia clínica, como documento contiene el resumen del acto médico, la aproximación profesional, científica al enfermo. La medicina como ciencia aplicada al estudio del enfermo que se traduce en la clínica. En el momento actual en que existe cierto grado de pesimismo cultural y optimismo científico y tecnológico, en el que se buscan resultados por los profesionales, eficiencia por parte de la Administración, y el agotar todas las posibilidades de mejoría por parte del paciente; la aproximación al enfermo es puntual, en relación con el problema concreto y multidisciplinar, en la búsqueda del más capacitado.

El enfermo tiene su propio concepto de su contacto con el médico, su diálogo con él, sus recomendaciones, su temor por lo que le dirá o por la necesidad de exploraciones agresivas, y el interrogante de su pronóstico. Todo ello no queda reflejado sino en su mente, y este reflejo será un recuerdo que se irá modificando al compás de las circunstancias. Si mejora o se cura será un éxito y su consulta con el médico es revalorizada, independientemente de cómo haya sido su primera impresión, y viceversa.

Para la Administración, la historia clínica es un documento donde queda constancia de un trabajo realizado y que puede cuantificar, ahora más fácilmente con la informática. Un expediente o pantallas de ordenador donde deben de quedar reflejados un número básico de datos.

La historia clínica como la conocimos los que ya somos mayores, es quizás historicismo y en el sentir evolucionista algo que fue útil y necesaria pero que ya pasó. La característica principal de la historia actual es que:

- Es múltiple. Es poco frecuente, cada vez menos, hacer un historial completo en el que el médico emplee por ejemplo media hora, sino que en el modelo actual el enfermo tiene varios historiales, de procesos relacionados o no, confeccionados por varios médicos cada uno de los cuales ha empleado apenas unos minutos con el paciente.

- Es abierta. Es en parte pública, aunque restringida al personal autorizado para consultarla que cada vez es más numeroso. Es conocida por el propio paciente si éste lo desea, en sus aspectos fundamentales, que son, aparte de los diagnósticos y recomendaciones terapéuticas, los resultados de informes complementarios y exploraciones analíticas, ponderadas o no por el médico que las solicitó.

- Tiene gran cantidad de información complementaria y menos datos clínicos que parecen quedar obsoletos ante aquella. Esto se presta a muchos errores al no estar, los informes complementarios y analíticos, tamizados por la clínica.

- Con frecuencia es rutinaria al estar protocolizada, sobre todo en consultas preventivas o de seguimiento de procesos crónicos.

Pero la historia clínica fue útil y lo sigue siendo, es distinta, si fuese necesaria en su formato inicial, no se hubiese perdido, ha dejado de serlo no porque no ayude al diagnóstico y tratamiento sino porque no hay tiempo para confeccionarla (excepto quizás todavía, en algunos hospitales docentes). La historia clínica, aún en su forma simplificada, es imprescindible para el diagnóstico. El médico escribe el conjunto de síntomas y signos que detecta interrogando y explorando al paciente. Así pues la historia clínica es distinta según el médico que la confeccione. En realidad no hay una historia verdadera sino el resultado de lo que el paciente cuenta a su manera y que el médico interpreta también subjetivamente. Pero sacar a la luz lo importante en cada caso depende de los conocimientos y habilidades del médico.

El interrogatorio del paciente tiene dos finalidades:

- Una es saber qué síntoma o síntomas principales aquejan al paciente, en qué circunstancias aparecen y sus posibles causas. Es fundamental barajar siempre varias posibilidades, aunque algunas sean poco frecuentes, para poder realizar una buena exploración y un diagnóstico certero.

- La otra finalidad que puede considerarse como un resultado indirecto es el efecto terapéutico provocado al escuchar al paciente. A veces es lo único que éste desea cuando acude al médico. A toda persona le gusta que le escuchen no sólo acerca de su dolencia aunque sepa que esta tenga poca solución. El médico no debe de cortar el relato del paciente, a menos que éste se explaye demasiado ya que el éxito de la consulta depende mucho del tiempo que le dedique.

Muchas expresiones utilizadas en la historia escrita, son sindrómicas (como dolor típico o atípico, dolor pleurítico, inflamatorio, disnea sibilante, ortopnea, vértigo etc.) son traducciones hechas por el médico de lo que el enfermo le dice y que conducen a otros síndromes o enfermedades concretas, anulando otras posibilidades. Tienen valor sobre todo para el médico que interroga, ya que este debe entender su propio lenguaje y las ha inferido de una serie de circunstancias que el paciente le dice, pero condicionan mucho a quien lo lea. Lo importante cuando alguien examina un historial clínico son las posibilidades que se barajan o el diagnóstico diferencial y la conducta a seguir. Esta última es imprescindible para conocer la razón o el motivo de exámenes o tratamientos indicados y de ello dependerá que el seguimiento por otro médico se simplifique.

Los antecedentes personales son una parte esencial de la anamnesis, siempre importantes ya que pueden tener relación con el motivo de consulta. Hay que tener en cuenta, sin embargo, al buscarlos, la falta de objetividad general para con nosotros mismos, (todos medimos menos, pesamos más, dormimos más y tenemos la presión arterial más alta de lo que decimos). Los pacientes suelen olvidarse de detalles sobre los que, consciente o inconscientemente no quieren hablar: “sí, alguna vez he

tenido la glucosa algo elevada” pero el paciente no admite que sea diabético y no desea comentarlo.

Los antecedentes familiares siempre tienen interés dada la carga genética de muchas enfermedades. Se pueden relacionar directamente con la enfermedad actual del paciente o son independientes pero pueden llevar consigo el riesgo de algún otro proceso que puede ser necesario investigar. La historia familiar ha cobrado importancia por la posibilidad de realizar mapas genéticos. Estos, en el futuro, podrán sustituirla, y la consulta será a la inversa, una carga genética determinada en el laboratorio genera una consulta, de manera similar que una prueba realizada con o sin justificación también puede generar una consulta.

### **La exploración:**

La exploración total del paciente es imposible por lo que siempre ha de ser selectiva y guiada por los datos de anamnesis.

La exploración tiene dos partes, una general similar a los síntomas por órganos y aparatos de la anamnesis. Es una exploración rutinaria de hallazgos relativamente frecuentes en la población. Se podría denominar como: signos por órganos y aparatos. Esta parte de la exploración realmente comienza tan pronto se ve al paciente entrar en el despacho, el aspecto general, como se mueve y expresa, los gestos etc., todo ello pone en marcha el razonar del médico que inicia su diagnóstico diferencial.

Un segundo aspecto de la exploración es la **exploración guiada** por los datos epicríticos de la anamnesis. Una exploración minuciosa buscando signos determinados que expliquen o no cada diagnóstico planteado previamente. La experiencia del médico es muy importante al interpretar los síntomas y cotejarlos con los procesos patológicos que los pueden producir. La exploración guiada por un diagnóstico diferencial previo, es también fisiopatológica y la presencia de un signo hace necesario el buscar otros que se asocian o dependen de él.

Muchos signos clínicos se han abandonado por su falta de objetividad y algunos por su rareza ya que la historia natural de muchas

enfermedades ha cambiado con la intervención médica. Los signos clínicos en general tienen gran especificidad (si están presentes tienen muchas probabilidades de indicar algo patológico) pero poca sensibilidad (no aparecen en estadios iniciales de la enfermedad). Pero esto no merma su importancia y no exime de buscarlos. Tienen la virtud de estimular al explorador con curiosidad científica, que ve confirmadas sus sospechas a “pié de cama” y siempre son importantes para solicitar o no pruebas complementarias.

La ecografía, ecocardiografía y doppler vascular, han revolucionado la exploración del enfermo, pero también requieren entrenamiento y su generalización es problemática ya que el tiempo empleado en ellas se resta del contacto, ya de por sí fugaz, con el enfermo. De todas maneras cada vez se imponen más y es aceptable y deseable que el propio clínico las realice sobre todo si es un especialista. Si es generalista sólo debería hacerlo en determinadas circunstancias, como en unidades especiales de pacientes ingresados. Las ventajas de generalizar la práctica de pruebas de imagen, sin embargo, no parecen obviar los inconvenientes. Aparte de los ya indicados otro no menos importante, es el desvío hacia la subjetividad que tiene lugar si el propio médico que hace un tentativo diagnóstico es el mismo que hace la prueba confirmatoria.

El buen clínico hace buenas historias y aunque esto parezca una redundancia, es necesario remarcarlo. La habilidad de un médico depende de sus conocimientos, del número de pacientes que consulta y cómo hace la historia clínica. La mayoría de los errores médicos son por negligencia en el acercamiento al paciente y por lo tanto por falta de una historia adecuada.

El internista debe de ser un maestro en hacer historias clínicas. Su acercamiento global a la enfermedad y al enfermo lo coloca en situación de alcanzar esta maestría. Es su arma de trabajo y lo que le hace estar más cerca del paciente, comprenderlo, evitarle molestas e innecesarias exploraciones y aplicar un tratamiento y plan de seguimiento teniendo en cuenta todos los condicionantes encontrados en su acercamiento al paciente.

**Bibliografía:**

Lain Entralgo P. La Historia Clínica: historia y teoría del relato patográfico. 3ª Ed. Madrid. Triacastela. 1998 .

Ridsdale L, Morgan M. Morris L. Doctors's interviewing technique and its response to different booking time. Family Practice 1992; 9: 57-60

Sackett DL, Rennie D. The science of the art of the clinical examination. JAMA 1992;267:2650-2652

Editorial. The clinical examination. An agenda to make it more rational. JAMA 1997;277:572-574