

El expediente clínico y su importancia en la asistencia y educación médicas *

I. EL EXPEDIENTE CLINICO AL TRAVES DE LA HISTORIA

JUAN SOMOLINOS- PALENCIA †

El florecimiento del expediente está en la historia clínica, fragmento biográfico del individuo, durante el tiempo en que su vida ha sufrido deterioro.

La historia clínica registra la actividad que se efectúa cuando un médico y un paciente, en colaboración voluntaria o forzada, establecen contacto para realizar, lo que de manera genérica y amplísima se ha llamado el "acto médico". Por tanto, la historia clínica representa la expresión gráfica del acto médico en su ilimitada acción y a su vez, este es el resultado de la relación del médico con el enfermo, también considerado en cualesquier de sus aspectos; la expresión gráfica del padecimiento de una persona es un hecho que puede estar acompañado de otros muchos, secundarios y relacionados con él y así, la historia clínica tiene las más diversas modificaciones y aspectos, según el tiempo o la situación en que se produce.

El acto médico no es diferente, en su esencia, a

otros cotidianos de convivencia, solidaridad o dependencia; tiene, sin embargo, una característica que le es peculiar: no es un negocio, tampoco una asociación industrial, guerrera, de beneficio, cultural o técnica; se trata de la donación amorosa, del préstamo amistoso y tal vez, de la ayuda menesterosa.

Ninguna asociación humana es semejante a esta, en la que la dualidad de intereses distingue al médico que quiere curar, del enfermo que quiere sanar; intereses complementarios pero distintos.

Aunque parezca paradójico, la historia clínica nace, como hemos visto, del mismo acto médico pero a su vez es independiente de él. Pueden existir actos médicos sin historia, aunque no pueda darse el caso inverso.

La historia clínica es siempre un documento en el cual se describe la enfermedad de un paciente; por esto, algunos autores prefieren substituir el nombre de historia clínica por el de patografía o relato patográfico.

Si la historia clínica fuera sólo un relato, no tuviese trascendencia en el desarrollo de la medicina; su importancia consiste en que es el resultado de la relación del médico con el enfermo y en la necesidad que tiene el médico de establecer un cuerpo de doctrina para su comportamiento.

* Presentado en la sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, celebrada el 13 de junio de 1979.
† Académico numerario. Oficina de Bibliotecas y Divulgación. Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Por esta razón encontramos que mientras la medicina no fue una ciencia, la historia clínica era superflua e innecesaria; ni siquiera se sospechó su existencia, lo que explica claramente por qué apareció con Hipócrates, cuando la medicina dejó de ser empírica, mágica y religiosa, para convertirse en científica y experimental.

No es posible encontrar una historia clínica en un medio donde la medicina se practica con fines mágicos o de contentamiento divino. La historia clínica apareció cuando la medicina se hizo ciencia; disminuyó su importancia cuando el dogmatismo o la autosuficiencia obstaculizaron la labor del investigador, y renació siempre cuando el espíritu científico brotó de nuevo en mentes abiertas al progreso y libres de prejuicios y banderías.

La razón de la historia clínica está en el extraordinario valor que significa para el progreso de la medicina, para el conocimiento de la naturaleza de la enfermedad, de sus causas y de la manera de evitarla o curarla. Es el registro permanente del progreso médico en sus victorias y fracasos. La historia clínica coincidió con un sistema filosófico, un motivo de estudio, un interés por la naturaleza. Eso se produjo por primera vez en Grecia cuando los filósofos se interesaron por conocer el medio que nos rodea, la *physis* y, dentro de los fenómenos naturales, se describió la enfermedad.

El interés por investigar la *physis*, creó escuelas para observar, discutir y analizar todos los fenómenos naturales. La medicina griega no fue más que un aspecto de todo ese interés.

La historia clínica empezó con Hipócrates. En el *Corpus hipocraticum*, entre las obras indiscutiblemente escritas por él mismo, están los libros de *Epidemias I y III*, en los que, para ilustrar el texto, aparecen reunidas 42 historias clínicas.

Algunos autores niegan que Hipócrates haya sido el primero en elaborar historias clínicas y arguyen, como antecedente primario, algunos párrafos del papiro de Smith, que aluden a un paciente con una herida en la región lumbar, espermatorrea y parálisis crural. También se intenta presentar, como precursores de la historia clínica, a las tablillas votivas de algunos asclepios, en las que aparece consignado el nombre del paciente y su enfermedad. En general, no se suelen considerar válidos a estos documentos, que algún autor calificó como "prehistorias clínicas".

En cambio, las historias de Hipócrates fueron relatos minuciosos y objetivos de lo que el médico vio y observó; no anotaban antecedentes patológicos; la historia se limitaba a describir la enfermedad y, sin comentarios, sólo se interesaba por la localización del enfermo y la época del año. Para la escuela hipocrática, era fundamental la influencia del medio en el padecimiento. A esto se llamó

la *katástasis*, que significa: constitución, carácter o condición.

Los latinos tradujeron el término *katástasis* por *constitutio* y mencionaron lugares con una *constitutio epidemica*, por lo que hasta mediados del siglo pasado y casi hasta el presente, los médicos concedieron gran importancia a la "constitución médica de los lugares".

Las historias hipocráticas presentaban las modificaciones de la enfermedad y las alteraciones de la *physis* o naturaleza producidas en el paciente, sin distinguir lo subjetivo de lo objetivo; todas eran alteraciones de la *physis* y los signos y síntomas tenían para el médico un valor semejante. Apenas se citó algún tratamiento y en muchos casos se dio por supuesto el conocimiento afóristico.

Aunque parezca extraño, Galeno no escribió historias; tal vez no quiso que sus estudios hicieran referencias individuales, sino que fueran una tipificación general de enfermedades en las que basó su doctrina y su escuela, más que en casos clínicos aislados.

La patografía posterior a Hipócrates y Galeno fue genérica. Cuando los autores refirieron un caso especial lo hicieron en apoyo a una nosografía general. Ni en los bizantinos ni en los árabes se encuentran tampoco historias clínicas y, aunque parezca inexplicable, no es sino hasta diez siglos después que encontramos de nuevo estos documentos.

Durante este tiempo, la medicina, sin distinción de autores sin lugares, vivió una influencia galénico arabista. Si bien se produjeron evidentes progresos, siempre interesó más la teoría, la especulación acerca de la enfermedad y el acto terapéutico, sin considerar nunca el caso individual.

En los últimos siglos de la Edad Media, hubo de nuevo la necesidad de escribir historias clínicas, pero no se pueden relacionar con las de la antigüedad clásica, pues no siguen la forma, el contenido ni el objeto. El médico medieval salió de las aulas con gran preparación teórica, pero sin haber tenido pacientes; en esas condiciones tuvo que iniciar su ejercicio de la medicina, lo que motivó que los médicos experimentados escribieran, para ayuda de los novatos, una serie de notas que normaban sus acciones. En general fueron relatos de enfermedades padecidas por sus enfermos y la actitud que tuvieron con ellos. Estas recomendaciones se iniciaban casi siempre con las palabras: *Consilium pro* (consejo sobre o consejo para), de aquí que en general a esas historias clínicas se les conozca con el nombre genérico de *consilia* (plural de *consilium*). Nunca fueron de un solo autor; eran recopilaciones de casos escritos por notables médicos medievales. La colección de *consilia* más anti-

gua es la que hizo Tadco Albertini en el siglo XIII, compuesta por 107 casos y conservada en la Biblioteca Vaticana.

Otras colecciones del siglo XIV, más o menos extensas, pertenecen a Arnaldo de Villanova, Mondino de Luzzi y Gentile da Foligno; pero la más conocida por sus continuas ediciones hasta el siglo XVII fueron los *consilia* de Bartolomé Montagnana, escritos hacia 1435.

No hay orden ni concierto en la exposición de estas *consilia*. En ocasiones, su alusión ocupa pocas líneas, mientras en otras comprende más de quince pliegos. Unos son terapéuticos, otros relatan simplemente el cuadro patológico y algunos investigan solamente las posibilidades etiológicas. Todos ellos representan en su estilo y práctica la idea galénica del padecimiento, adaptada a la técnica escolástica de razonar y discutir la enfermedad, sus causas y consecuencias.

Aunque en los *consilia* se solía referir un caso clínico concreto, el recopilador especulaba en su comentario sobre los pros y contras de cada medicamento, los ambientes y climas más adecuados, el tipo de alimentación más conveniente, las horas precisas de sueño o vigilia, las fórmulas escritas de los medicamentos que debían administrarse con sus indicaciones de cantidades, horas y vía de administración. Terminaban todos los *consilia* con una invocación religiosa que imploraba misericordia al Altísimo y salud para el paciente. Los *consilia* no pueden considerarse como historias clínicas personales, sino como ejemplos específicos de afecciones, relatadas para la enseñanza y consejo en la manera de proceder.

No es posible establecer ninguna relación entre la historia hipocrática y los *consilia*, ya que corresponden, como se dijo, a conceptos ideológicos y a propósitos muy diferentes. Los *consilia* son bases sobre las cuales se colocó toda la ciencia de la época, referida a un caso real, capaz de servir como sujeto de especulación.

Durante el renacimiento, el mismo cambio que se produjo en el concepto anatómico, existió en el de la medicina y, lógicamente, en el de la historia clínica. La medicina aprendida de oído, entendida porque los textos lo dicen, cambió a ser conocimiento adquirido *de visu*, investigada en el cadáver o el enfermo. En una sola frase, diríamos que fue la mudanza de una medicina creída a otra vista.

En esos años del siglo XVI, el número de los libros de historias clínicas se incrementó considerablemente y de la misma manera que después de Vesalio aparecieron libros medievales, también esa tradición influyó en las historias clínicas cuando éstas ya habían adquirido un sentido moderno.

La gran novedad renacentista en la historia

clínica, no fue el relato del padecimiento que se hizo más concreto, más específico y más directamente observado, sino la incorporación a esta historia, del hallazgo necrópsico. En la anatomía de Vesalio ya encontramos alguna historia clínica con resultados de necropsia y descripción de datos anatomopatológicos. Todos los seguidores de Vesalio: Eustaquio, Colombo, Fallopio y Valverde, incluyen en sus obras cuadros clínicos con descripción de descubrimientos necrópsicos. No fueron protocolos de necropsia, sino simples hallazgos casuales anatomopatológicos; pero sirvieron para motivar la idea de investigar el aspecto morfológico de la enfermedad.

En general son incompletos y poco descriptivos, como los comunicados por Valverde de Hamusco, Fallopio, Colombo, Eustaquio y Acquapendente. La diferencia esencial entre la historia clínica de la época medieval y la de la renacentista, consiste en la presencia del estudio *postmortem*. El *consilium* se convierte en *observatio* y este hecho obtiene, durante el siglo XVII tal importancia, que pasan de treinta los libros que durante este siglo están dedicados a recopilar historias clínicas con estudios necrópsicos. De todos ellos, mencionamos el *Sepulcretum* de Teofilo Bonet de 1679, por ser el más completo y extenso. Se trata del antecedente más directo de la obra de Morgagni, en la que la investigación anatomopatológica apareció perfectamente definida. Así pues, la *observatio* fue una búsqueda del órgano enfermo y de la "visión directa" de la enfermedad en su aspecto morfológico.

Por ese tiempo, Sydenham aportó un nuevo interés por la historia clínica usada para fundamentar las "especies morbosas". La identidad de las enfermedades. No la teoría como en épocas galénicas, sino la clasificación de los diferentes cuadros patológicos establecidos a partir de los datos que la misma historia suministraba. Sydenham vivió durante el siglo de los sistemáticos y, aunque no fue iatrofísico ni iatroquímico, trató de establecer un *sistema naturae* aplicado a la medicina, muy semejante al que años después conseguiría Linneo con la historia natural.

Sydenham concedió más atención al síntoma y al signo que a la conformación *postmortem*. Por primera vez con este autor apareció el concepto de la *historia morbi*, que fue la historia de la enfermedad en su conjunto y a su vez, en su individualidad como ejemplo sistemático de la naturaleza enferma. Sydenham trató de aplicar en la "especie morbo-sa", la observación y sistematización de los síntomas. Hizo descripciones patológicas idóneas, sistematizadas, sin casos raros, fundadas en síntomas "específicos" y, aunque conservó la importancia hipocrática de la *physis*, no la consideró afectada sino como un moderador más de la naturaleza.

La evolución de la historia clínica durante el siglo XVIII fue importante. Desde fines del XVII hasta principios del XIX, hubo dos tendencias: la historia organicista morfológica y la de interés sintomático clasificador; ambas evolucionaron y progresaron para unirse y completarse.

Por una parte, Morgagni publicó en su libro *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, aparecido a fines del siglo XVIII, más de quinientas historias clínicas con diagnóstico necrópsico. Por otra, Boerhaave fue minucioso en la descripción del síntoma y sistemático en la clasificación del diagnóstico, incluso autor de normas precisas para uniformar el relato en la historia clínica. De la unión de ambas obras, un tercer autor, Francisco Bichat, estableció las bases de lo que sería la medicina anatomoclínica.

Morgagni modificó la historia clínica, ya que consideró a la enfermedad como un conjunto de síntomas y signos, que en el enfermo son manifestación de una lesión que tendrá que descubrirse en la necropsia. La escuela anatomoclínica, así constituida, además del estudio necrópsico, empezó a disponer de medios de exploración física. Surge así un tipo nuevo de historia clínica a la que, además de los datos clásicos, se añadieron los obtenidos por la exploración física del enfermo, los que al estar asociados con lesiones bien definidas, permitían hacer el diagnóstico de la lesión anatómica, antes de su confirmación mediante el estudio necrópsico.

Hasta principios del siglo XIX, la historia clínica fue el producto de la percepción sensorial del médico. Se describía lo visible, lo que el paciente relataba y lo que podía observarse en la necropsia; se describían la orina, las heces, el esputo, los vómitos o cualquier otra excreción, pero sólo se anotaba la apariencia y cantidad de estas materias.

A partir de Bichat se desechó la tendencia clasificadora para relacionar al síntoma con la lesión. Pero esto fue posible por los nuevos métodos de exploración física; Auenbrugger difundió el uso de la percusión y Laennec, el de la auscultación. Más tarde, quien relacionó la historia clínica con la exploración del enfermo, fue Corvisart; y Laennec decía que la máxima aspiración del médico era poner la medicina interna ante sus ojos, de la misma manera que lo hace el cirujano; intuía pues lo que serían los rayos X y la endoscopia.

La mentalidad anatomoclínica evolucionó hasta Virchow, quien cambió la localización patológica del tejido descrito por Bichat, a la célula que pocos años antes fue declarada por Sheleiden y Shwan como la unidad biológica de todos los seres.

De 1830 a 1840 se produjo un nuevo hecho de enorme importancia: la aparición del análisis clínico. Ya se había descubierto, en 1812, que en los hidróticos la orina coagulaba con el calor o por la presencia de ácido nítrico. Probablemente el primero que aplicó esta observación para estudiar sus pacientes y la usó para diagnosticar, fue Bright y, con pocos años de diferencia, encontramos que además de la coagulación por el calor, se estudió la reacción de la orina y se hizo su examen microscópico.

A principios del siglo XIX la historia clínica tuvo predominio anatomoclínico; pasada la mitad del siglo y a consecuencia de los progresos en fisiología por los trabajos de Muller, Magendie, y, sobre todo de Claudio Bernard, un concepto nuevo consideró al síntoma como parte de un proceso fisiopatológico producido por la enfermedad. Esta valoración del síntoma en su aspecto fisiopatológico permitió descubrir otros síntomas por métodos de exploración ideados con base en los descubrimientos fisiológicos. Tal vez uno de los más valiosos fue la valoración de la fiebre. Una consecuencia de la creación de instrumentos para medir la temperatura corporal, fueron las curvas termométricas de Wunderlich, que trataron, desde 1860, de clasificar las enfermedades según su curso térmico. El intento, que tuvo buen éxito, en muchos casos recibió algunas críticas acerbas, pero se incorporó de manera definitiva a la historia clínica, que pocos años después se consideraba incompleta sin este dato.

Los análisis clínicos se ampliaron con el laboratorio; se pudieron medir glucosa y urea en la sangre; mediante el microscopio fue posible conocer las variaciones en la cuenta de células sanguíneas; los aparatos de registro gráfico que inventó Marey pasaron a usarse en la clínica; por ellos apareció el esfigmograma, antecesor del electrocardiograma.

A mediados del siglo, el antiguo concepto de *contagion animatum* se hizo realidad con los descubrimientos de Pasteur y, sobre todo, por los de sus seguidores: Koch, Klebs y otros, quienes proporcionaron un conocimiento claro de la etiología de muchos procesos patológicos. Naturalmente, este nuevo descubrimiento propició de inmediato otro concepto del que los autores con mentalidad bacteriológica, crearon lo que podemos llamar escuela etiopatológica; ya no fueron la investigación de la lesión anatómica, ni el síntoma o el signo lo primordial, sino la clasificación de las enfermedades por el germen que las producía.

Poco después se descubrieron los rayos X. Freud discursó un método para explorar la mente. La bioquímica progresó sin cesar y cada paso significó un nuevo método de exploración clínica.

Todo ello, unido al desarrollo constante de la cirugía, de los nuevos fármacos y la superación en las pruebas de gabinete, han hecho que la historia clínica, el relato de la enfermedad, quede un poco disminuido, convertido en una corta y pequeña porción ahogada por el capítulo de la exploración, de las pruebas funcionales, por gráficas y placas radiológicas, que en conjunto constituyen un verdadero expediente, imposible de interpretar por un solo médico y en la mayoría de los casos, destinado a incorporarse, con todos los de un mismo hospital e incluso de un mismo país, al proceso de computación de datos de todas clases, con los que se pretende conocer el estado sanitario, la actividad médica, la exactitud de los diagnósticos, los porcentajes de curación e incluso, satisfacer las necesidades materiales futuras, pronosticar situaciones patológicas en la población y muchísimos datos más de interés evidente y necesidad absoluta para el buen funcionamiento de la medicina.

El deseo de guardar información hizo que los franceses crearan una historia clínica que incluye datos del individuo desde el momento de nacer. La historia vital francesa es un expediente biológico de la vida del individuo, interesante por el enorme contenido pero poco útil para la práctica asistencial diaria. En cambio, la tendencia sanitarista de la medicina ha convertido el expediente clínico en una breve información sobre las enfermedades infecciosas contraídas por el paciente.

Durante los últimos años existe la tendencia de elaborar un expediente clínico integrado exclusivamente por problemas del paciente. Un expediente orientado por problemas que en el aspecto administrativo facilita su evaluación.

De manera sucinta hemos recordado el desarrollo del expediente clínico; en él hay mezcla de historia e información. Pero el arte de la medicina, al final quiere que las cosas vuelvan a su origen. El expediente reúne la actividad realizada cuando un médico y un paciente establecen contacto para llevar a cabo el acto médico del que hablamos al comienzo de esta exposición. El médico quiere volver a ser lo que realmente representa en la sociedad; al practicar el acto médico, desea que su relación con el enfermo quede establecida, sobre todas las cosas, por ese lazo afectivo, esa conservación de la relación humana del médico y el paciente que no debemos perder.

LECTURAS ADICIONALES

1. Krumbhaar, E.B.: *Pathology*, Nueva York, Hafner Publishing Company, 1962.
2. Laín Entralgo, P.: *La curación por la palabra*. En: *La antigüedad clásica*. Madrid, Revista de Occidente, 1958.
3. Laín Entralgo, P.: *La relación médico-enfermo, Historia y teoría*. Madrid, Revista de Occidente, 1964.
4. Laín Entralgo, P.: *La historia clínica. Historia y teoría del patográfico*. Madrid, Salvat Editores, S.A. 1961.
5. Long, E.R.: *A history of pathology*. Nueva York, Dover Publications, 1965.

II. EL EXPEDIENTE CLINICO ORIENTADO POR PROBLEMAS

HORACIO JINICH*

Consideraciones sobre su utilidad en la atención médica.

El progreso de la medicina se lleva al cabo de acuerdo con dos procesos diferentes: uno con crecimiento exponencial y otro de evolución dialéctica. El primero tiene que ver con la acumulación cuantitativa y cualitativa de conocimientos. El segundo se refiere a ciertos conceptos filosóficos básicos que sirven de punto de apoyo a nuestra manera de entender y aplicar la medicina como un todo. A este respecto la era actual se caracteriza por una nueva síntesis dialéctica: la síntesis de los descubrimientos científico-tecnológicos y la especialización médica, que ha caracterizado a los diez últimos lustros y que, por desgracia ha facilitado la fragmentación del concepto del hombre, sólo detenida con la práctica de la medicina integral y la reafirmación de la importancia esencial de la clínica, que parecían haberse perdido para siempre, dejados atrás por el avance arrollador de la ciencia y la tecnología.

En esta nueva síntesis, la clínica vuelve a ser reconocida como poseedora de la importancia primordial que nunca ha dejado de tener, como fundamento del edificio diagnóstico y terapéutico.

En este momento conviene que nos detengamos a reflexionar sobre qué es el clínico y cómo procede en su quehacer. El clínico es un médico que investiga el estado de salud y de enfermedad de la persona y ejecuta las acciones encaminadas a promover la salud y curar, atenuar o aliviar los síntomas de la enfermedad.

Para cumplir con sus objetivos, el clínico ejecuta idealmente los siguientes actos:

1. Obtiene, mediante el interrogatorio y la exploración física, todos los datos necesarios para conocer médicamente a su paciente. En la ejecución de esta función esencial, el buen clínico es comprensivo en su pesquisa y no omite ningún dato que pueda ser de valor.

2. Aplica a la recolección de datos, dentro de la posible, la misma rigurosa metodología que utiliza el investigador científico: precisión, cuantificación, medición, fidelidad, objetividad y veracidad, son las cualidades ideales de esta pesquisa.

3. Aplica su acervo de conocimientos médicos y su capacidad de análisis y síntesis en la tarea de

* Académico numerario.

identificar el o los problemas del paciente. El buen clínico se distingue por su capacidad de llevar cada problema al nivel más alto de resolución diagnóstica a que se puede llegar lógicamente, con la evidencia disponible en un momento dado. Algo que por su importancia conviene subrayar, es que el buen clínico no comete el error grave de llevar el problema a un nivel de resolución diagnóstica más elevado del que puede encontrar apoyo en la evidencia disponible; de aquel que puede defender con los datos de que dispone en un momento dado del proceso diagnóstico.

4. El clínico considera los problemas del paciente en su totalidad y en perspectiva. Ve el conjunto de problemas y de esa manera no deja nunca de percibir al paciente como una unidad biopsicosocial. Al mismo tiempo, separa a los problemas entre los que son urgentes, los que son importantes y los que son secundarios.

5. Aplica con eficiencia, o sea con rapidez, precisión, economía, y con lógica, los procedimientos de tipo diagnóstico (encaminados a llevar al problema al nivel óptimo de resolución diagnóstica) y los de tipo terapéutico (encaminados a hacer desaparecer el problema, a atenuarlo o aliviar sus manifestaciones clínicas).

6. Trabaja como miembro de un grupo, manteniendo constante intercomunicación y coordinación con los demás integrantes del complejo equipo de salud.

7. Ejerce funciones educativas, que son parte inseparable de su función como médico. Así pues, educa al paciente, a otros miembros del equipo médico y a sí mismo.

En la realización de sus actividades el clínico necesita: a. Un acervo de conocimientos básicos, b. dominio de normas y técnicas de comportamiento, c. instrumentos apropiados.

El conocimiento, la posesión de datos teóricos de conocimiento, es importante. Sin embargo es necesario insistir en que los conocimientos más sólidos, más efectivos y ciertamente más importantes, son los que resultan de la experiencia. No hay sustituto de la experiencia y, como todo educador médico lo sabe, los conocimientos adquiridos al través de la asistencia a conferencias teóricas y la lectura de libros y artículos médicos tienen un valor secundario y, a menudo, efímero.

Más aún, lo que distingue al buen clínico es la hábil aplicación de una serie de normas de comportamiento, las cuales exigen el dominio de una serie de habilidades y talentos que, nuevamente, sólo pueden adquirirse al través de la experiencia. La experiencia, sin embargo, no es el producto pasivo de nuestras experiencias; es necesario reflexionar sobre ellas, sabiamente.

El clínico necesita instrumentos, desde los más

sencillos como la cinta métrica y el martillo de reflejos, hasta el tomógrafo axial computado. Uno de los instrumentos más útiles es el expediente.

El expediente no es, no debe ser, un conjunto desarticulado de documentos en los que se señalan diversos aspectos de los encuentros entre el paciente y el equipo médico. El expediente puede y debe ser un instrumento que facilite la realización de todos y cada uno de los pasos seguidos por el clínico en la ejecución de su tarea.

1. El expediente clínico ha de indicar el mínimo de datos que el clínico deberá buscar en el paciente, en el curso del interrogatorio y la exploración física. De esta manera, tiende a proteger al paciente de que se cometa en él la falta que responde de la mayoría de los errores de diagnóstico: la historia clínica incompleta, la omisión de datos de información esenciales. Puesto que el número de datos de información es teóricamente infinito y su variedad es enorme, es evidente que cada institución, hospital, clínica, grupo médico o médico individual tienen que diseñar su propia lista de datos básicos que consideren importante incluir. Esta lista necesariamente variará de un caso a otro, en función de consideraciones demográficas, sociales, económicas: tipo de población atendida médicamente, estadísticas de morbilidad y mortalidad, naturaleza de los riesgos a que se expone la población, edad, sexo, tiempo disponible por el médico para la atención de cada paciente, facilidades técnicas, y otros factores.

2. Debe exigir la máxima precisión, objetividad y veracidad en la obtención y documentación de los datos.

3. Debe inducir a que el médico formule la lista de los problemas que ha logrado identificar en su paciente. Debe hacer que a cada problema le sea asignado un número permanente y que se señale la fecha en que fue identificado. Debe pedir que cada problema sea enunciado en esa lista en el nivel más elevado posible de resolución diagnóstica. Debe prohibir la inclusión de "diagnósticos probables" y debe distinguir claramente entre lo que es un problema y lo que es una posibilidad o un proyecto de elevar el problema a un nivel más alto de resolución diagnóstica. Mediante símbolos adecuados debe ver que se asiente qué problema ha sido llevado, en opinión del clínico, a un nivel de resolución diagnóstico deseable y qué problemas no ha alcanzado aún dicho nivel y requiera, por consiguiente, de la ejecución de acciones encaminadas a llevarlo a dicha altura. También debe incluir símbolos adecuados para señalar cuál es el o son los problemas principales que requieran la atención preferente del médico o del equipo de salud.

4. Debe exponer a la vista el conjunto de problemas del paciente: se logra así la visión in-

tegral, holística y se evita la fragmentación conceptual.

5. Debe estar estructurado u orientado en función de los problemas del paciente y no en función de la fuente de información. Para cada problema deberá procurar que estén claramente expuestos los planos de acción de tipo diagnóstico, terapéutico y educativo y que en las notas de evolución, para cada problema, se señalen los nuevos datos acumulados, la interpretación lógica a que dan lugar y los nuevos planes diagnósticos, terapéuticos y educativos, con su fundamento lógico.

6. Debe permitir la intercomunicación y coordinación del trabajo entre los integrantes del equipo de salud.

Análisis del expediente clínico orientado por problemas.

El expediente clínico orientado por problemas, (ECOP), propuesto por Weed en 1969¹ ha sido adoptado por un número creciente de establecimientos médicos y escuelas de medicina en los Estados Unidos de Norteamérica (en donde se empleó originalmente) y de muchos otros países del mundo. Ahora esta siendo implantado en México en todas las instituciones que componen nuestro sistema de salud. La opinión de la mayoría de quienes lo han utilizado, es de que no sólo tiene las virtudes de la simplicidad y la lógica, sino que en efecto constituye un excelente instrumento para ayudar a mejorar la calidad de la atención médica de los enfermos a la vez que contribuye poderosamente a la educación y a la investigación clínica en medicina.

El expediente clínico orientado por problemas consiste, esencialmente, de cuatro partes: la historia clínica o relato patográfico, la lista de problemas, la lista de planes iniciales de acción y las notas de evolución.^{2,3}

Historia clínica

La historia clínica se debe recabar llenando una forma especialmente diseñada en la cual se incluye un número preciso y definido de datos de información, tanto de interrogatorio como de exploración física. El esqueleto contiene espacio suficiente para que la persona que haga la historia clínica escriba, con la amplitud que sea necesaria y con su estilo propio, el padecimiento actual. Pero, a diferencia de las formas de historia clínica "abiertas", esta historia clínica "definida" incluye un conjunto de datos que deben ser invariablemente llenados durante el estudio clínico del enfermo. De esta manera, no permite que la fatiga, la prisa o el temperamento dicten y determinen el número y características de los datos que deben ser contestados. Estos son determinados por cada institución, hospital, clínica, grupo médico o médico in-

dividual, en función de una serie de variables como son: la población que utiliza sus servicios, las características de edad, ocupación, situación económica, exposición a factores patogénicos, morbilidad y mortalidad de esa población y otras.

Es obvio que no puedan ser iguales en cantidad y en contenido los datos que deben buscarse en un paciente hospitalizado que en el atendido en un dispensario donde se hace medicina de primer contacto; en un hospital general que en un hospital dedicado a cierta rama de la medicina; en una clínica de pediatría que en una de geriatría; en el consultorio de un ginecólogo que en el de un especialista en diabetes. Lo que importa es que cada médico o institución definan los datos que no deben omitirse, que deben buscarse siempre, con objeto de reducir al mínimo el riesgo de que se escape alguno que pudiera ser esencial para el diagnóstico. Más aún, debe existir un mecanismo que permita revisar periódicamente las formas de historia clínica de cada establecimiento, y compararla con sus estadísticas de mortalidad y morbilidad, para corregir errores de omisión (datos importantes que no habían quedado incluidos) y de comisión (datos superfluos que conviene eliminar). Las formas de historia clínica, en consecuencia, no deben ser permanentes y estáticas; por el contrario, deben ser documentos sujetos a revisión y perfeccionamiento periódicos.

En algunos expedientes convencionales, es común que existan varias historias clínicas o notas de ingreso, tan detalladas y extensas, o más aún que la historia clínica misma, elaboradas por estudiantes y médicos de diverso rango. A menudo los datos que se registran en una de ellas, no aparecen o están en contradicción con los que se señalan en otra. Esta duplicación de historias y notas es indeseable y refleja falta de comunicación y de integración en el trabajo clínico. Debe existir una historia clínica única realizada con la minuciosidad, veracidad y precisión que este importante documento merece. Si un segundo médico encuentra datos que difieren con los señalados por el primero, debe comunicarse con éste y examinar al enfermo junto con él, para intentar, ambos, dilucidar cuál es la observación correcta y, una vez hechas las adiciones o correcciones a la historia clínica original y única, estampar su firma para señalar así, que comparten la responsabilidad por la veracidad de los datos en ella consignados.

Lista de problemas

Todo paciente se presenta al médico porque tiene uno o más problemas que el paciente percibe o que el médico descubre. Así pues, al llegar a su término la historia clínica (interrogatorio y exploración física) el médico ha identificado, habitual-

mente, un conjunto de problemas. Para nuestro objetivo definimos como problema, todo aquello que va a ameritar cierta acción de parte del médico o de los demás componentes del equipo de salud. Dicha acción es, la mayoría de las veces, de índole diagnóstica o terapéutica. Hay varias clases de problemas: una enfermedad (v.gr. diabetes mellitus); un síndrome (v.gr. síndrome de hipertensión intracraneana); un síntoma (v.gr. disfagia); un signo (v.gr. esplenomegalia); un síndrome psíquico (v.gr. ansiedad) o un problema social (v.gr. esposo sin empleo) e incluso una historia clínica incompleta (v.gr. examen rectal pendiente) o un dato de laboratorio anormal (v.gr. hipercalcemia). Cada uno de estos son ejemplos de problemas que van a requerir acción. Todos ellos deben aparecer en una hoja frontal intitulada precisamente *Lista de problemas*, cada uno con su número correspondiente y con la fecha en que el problema fue identificado por el médico. El número estará asociado siempre al problema correspondiente y no se utilizará jamás para otro problema en el mismo paciente. Si el problema se resuelve o se cancela, el número se cancela también. Por lo que respecta a la fecha correspondiente a cada problema, obsérvese que no es la fecha en que principió la enfermedad o se notó el síntoma, sino la fecha en que el problema fue anotado en la lista.

Si se revisan los ejemplos anteriores, se notará que los diversos problemas se encuentran en grado variable de resolución diagnóstica. Diabetes mellitus sí es un diagnóstico llevado a un nivel adecuado de resolución. En cambio, falta aclarar la causa del síndrome de hipertensión intracraneana o dilucidar a qué entidades nosológicas pertenecen la disfagia, la esplenomegalia y la hipercalcemia. La ansiedad y el problema social representado por la falta de empleo del esposo pueden aceptarse como problemas que han alcanzado un grado aceptable de resolución diagnóstica. Finalmente, la exploración rectal pendiente es un problema que reclama su solución a breve plazo.

Para todo problema que no haya alcanzado el nivel deseable de resolución diagnóstica, debe utilizarse un símbolo, por ejemplo una flecha, para indicar que se requiere ejecutar acciones para intentar alcanzar el grado deseable de resolución diagnóstica. Cuando éste se alcanza, el diagnóstico final se escribe a continuación de la flecha y encima de ésta, la fecha en que se estableció dicho diagnóstico final.

Los problemas de cualquier paciente pueden clasificarse en dos grupos: problemas *activos*, es decir, problemas actuales que demandan acciones médicas a corto o a largo plazo; y problemas *inactivos*, es decir, problemas que no demandan ninguna acción, por estar aparentemente resueltos o

por algunas otras razones. Los problemas inactivos deben quedar registrados en la lista de problemas (si bien en una región separada), siempre que el clínico piense que puedan tener importancia como factores de riesgo potencial adicional, como datos que deben ser tomados en cuenta para el manejo integral del paciente, como problemas que pueden recidivar o dar lugar a complicaciones en el futuro. Ejemplo de problemas inactivos podrían ser: historia de infarto del miocardio, antecedentes de asma, artritis degenerativa de la columna lumbar.

En el caso de que un problema determinado estuviese integrado por varias manifestaciones y de que cada una de ellas requiriera medidas diagnósticas y terapéuticas propias y notas de evolución separadas, pueden aparecer bajo el problema principal como subproblemas, o pueden ser registrados como problemas separados, cada uno con su número propio en la lista de problemas, como en el siguiente ejemplo:

Problema No. 1. Cardiopatía aterosclerótica con infarto agudo del miocardio.

Problema No. 2. Insuficiencia cardiaca congestiva, secundaria al problema No. 1.

O de otra manera:

Problema No. 1. Cardiopatía aterosclerótica

1a. Infarto agudo del miocardio

1b. Insuficiencia cardiaca congestiva

Para ilustrar lo dicho hasta el momento acerca de la lista de problemas, imaginemos a un paciente que tuviese varios de los que hemos mencionado a guisa de ejemplos. Imaginemos, además, que la hipertensión intracraneana se deba a cisticercosis cerebral, que la disfagia sea causada por esofagitis péptica y que la esplenomegalia y la hipercalcemia no se confirmaron en exámenes subsiguientes. Además, el examen rectal resultó normal. Su lista de problemas tendría el aspecto que se ilustra en el cuadro, 1.

La lista de problemas constituye una especie de índice del libro que es el expediente del enfermo. De ahora en adelante, toda nota de médicos, enfermeras, consultantes y otros integrantes del equipo de salud se referirá a los problemas, con su número correspondiente. Si más adelante apareciera algún problema nuevo, se añadirá a la lista, con la fecha en que se apuntó y con el número progresivo que le corresponda. Nunca se utilizará el mismo número para dos problemas diferentes, aunque uno de ellos ya no exista, por haber sido resuelto o descartado.

La lista de problemas resulta ser sumamente útil como medio de obtener un expediente bien organizado. Permite tener una visión panorámica total del paciente, ayudando así a evitar la peligrosa fragmentación que ha surgido como consecuencia de la especialización médica. Ayuda a

Cuadro 1. Ejemplo de listas de problemas.

Nombre del establecimiento Ficha de identificación del paciente Lista de problemas			Problemas inactivos
Fecha	Nº.	Problemas activos	
26-XI-78	1	Diabetes mellitus	
26-XI-78	2	Hipertensión intracraneana $\xrightarrow{4-XII-78}$ Cisticercosis cerebral	
26-XI-78	3	Disfagia $\xrightarrow{29-XI-78}$ Esofagitis péptica	
26-XI-78	4	Esplenomegalia $\xrightarrow{28-XI-78}$ No confirmada	
26-XI-78	5	Ansiedad	
26-XI-78	6	Esposo sin empleo	
26-XI-78	7	Historia clínica Incompleta $\xrightarrow{27-XI-78}$ Completa	
26-XI-78	8	Hipercalcemia $\xrightarrow{29-XI-78}$ No confirmada	
26-XI-78	9		Historia de infarto miocárdico
26-XI-78	10		Historia de asma
26-XI-78	11		Osteoartritis cervical

prevenir el olvido de algún dato o problema: todo nuevo hallazgo clínico o de laboratorio, que implique un nuevo problema, se consigna en la lista de problemas e implica la necesidad de hacer algo, en plan diagnóstico o terapéutico, para intentar resolverlo. Cualquier médico que no conozca al paciente puede, en escasos segundos, enterarse del conjunto de sus problemas, lo cual le permite actuar inteligentemente en caso necesario. Cualquier especialista puede, al enterarse de la totalidad de los problemas, evitar el error de prescribir algún estudio o tratamiento que pudiera estar contraindicado por algún problema concomitante. Si se desea conocer la evolución de un problema específico, no será necesario realizar una laboriosa pesquisa a través de todas y cada una de las notas de evolución de médicos ó enfermeras; bastaría con buscar las notas con el número correspondiente al número del problema, tal como aparece en la lista de problemas. Se entiende por qué se ha dado a este nuevo expediente el nombre de Expediente clínico orientado por problemas.

Es de suma importancia observar que cada problema debe ser considerado y registrado en el nivel de resolución diagnóstica en que se encuentra en el momento de su registro, es decir, en el nivel de complejidad diagnóstica que el médico puede

comprobar, documentar y defender. En el ejemplo que hemos estado utilizando, el problema No. 1, diabetes mellitus, se anotó así porque seguramente el paciente tenía, además del cuadro clínico sospechoso de diabetes, algún resultado de laboratorio o algún otro documento que no dejaba lugar a dudas acerca del diagnóstico. Si lo único que se hubiera sabido de él, al practicarse la historia clínica, era que tenía polifagia, polidipsia y poliuria, hubiera sido preferible escribir, como problema No. 1: "síndrome de polifagia, polidipsia y poliuria" seguido con una flecha. Sólo al comprobarse la existencia de hiperglucemia se hubiese justificado escribir a continuación de la flecha "diabetes mellitus". De la misma manera, hubiera sido incorrecto escribir, para el problema No. 2: "probable tumor cerebral" o "descartar tumor cerebral". En la lista de problemas no se aceptan diagnósticos probables, sino sólo diagnósticos seguros, aunque ello implique descender en el nivel de resolución diagnóstica. Tampoco se anota: "descartar o buscar X" porque buscar o descartar un diagnóstico no es un diagnóstico sino un plan de acción, como se verá más adelante.

El hecho de tener que asentar solamente diagnósticos comprobados es de gran importancia científica y psicológica. El médico se obliga a ser riguroso en sus exigencias diagnósticas, a buscar

fundamentos sólidos antes de llegar a conclusiones y a buscar con imparcialidad el diagnóstico atinado. Mediante estudios psicológicos se ha demostrado que cuando se abraza prematuramente una opinión diagnóstica, se corre el riesgo de aferrarse a ella a pesar de ser equivocada y de perder la imparcialidad y objetividad que son requisito indispensable de la buena clínica.

Planes iniciales de acción

Cada problema genera, habitualmente, un plan de acción. Después de todo la función primaria del médico clínico es ésta: tratar al paciente con el objeto de aliviar de la manera más efectiva posible el conjunto de sus alteraciones patológicas en sus aspectos biológicos, psíquicos y sociales. Tratar a la persona enferma abarca más que el solo diagnóstico de su enfermedad y la prescripción de una terapéutica: tratarla implica comprender y ser sensible a la totalidad de los efectos de la enfermedad sobre la persona entera, con sus componentes físicos y espirituales, sociales y económicos.

La hoja titulada Planes Iniciales de Acción sirve para que se señalen allí los que surgen lógicamente de cada problema. Dicha hoja deberá ser llenada (y los planes ejecutados), una vez que se haya establecido la lista de problemas. La única excepción a esta regla la constituye, claro está, toda situación de emergencia médica.

Los planes iniciales de acción se escribirán por problemas y, habitualmente, incluirán tres tipos de acciones: diagnósticas, terapéuticas y de educación del paciente.

Los planes diagnósticos serán necesarios frente a todo problema, a menos que se haya alcanzado, desde un principio, el máximo nivel de resolución diagnóstica y que no existan ramificaciones que sea preciso investigar. En caso contrario, el médico deberá consignar los estudios (exámenes de laboratorio y gabinete, procedimientos especiales, consultas con especialistas,) que está solicitando, y mencionará las razones que los fundamentan y las metas que piensa alcanzar.

Los planes terapéuticos serán anotados de igual manera, es decir, explicando brevemente las razones que los fundamentan y las metas que se pretende alcanzar, así como especificando los detalles de los medicamentos y otros tratamientos prescritos. El médico no debe olvidar que una de sus funciones consiste en establecer comunicación adecuada con el paciente y sus familiares, explicándoles la naturaleza, pronóstico y tratamiento de sus problemas, así como los estudios que será necesario practicar. Esto es parte de la labor educativa, que deberá incluir también consejos y reglas de medicina preventiva y otras medidas que ayuden al enfermo a colaborar activamente con su médico y a promover su salud. Todo lo que

el médico haga en este campo, deberá quedar consignado en sus *planes de educación del paciente*. Volviendo al ejemplo que hemos estado utilizando, los planes de acción iniciales podrían quedar registrados como se ve en el cuadro 2.

Cuadro 2. Ejemplo de planes de acción iniciales.

Nombre del establecimiento
Ficha de identificación del paciente
Planes de acción iniciales

26-XI-78: No.1 *Diabetes mellitus*

Dx. Buscar complicaciones cardiovasculares, renales y oculares de la diabetes; radiografías de tórax (P-A y lat.); ECG; análisis de orina; química sanguínea; consulta de oftalmología.

Rx. Intentar control con medidas dietéticas exclusivamente. En caso de resultar insuficiente, dar tolbutamida. Dieta para diabético, de 1500 kilocalorías.

Educ. Se inicia explicación de lo que es la diabetes; uso de *Clinitest* y cuidado de los pies.

No.2. *Hipertensión intracraneana*

Dx. Radiografías de cráneo. Consulta de neurología.

Rx. Sintomático: ácido acetilsalicílico, 600 mg. cada 4-6 horas.

No.3 *Disfagia*

Dx. Buscar lesión orgánica esofágica: radiografías de esófago. Considerar esofagoscopía y estudios manométricos.

Rx. Dieta de 1 500 kilocalorías, blanda

No.4 *Ansiedad*

Dx. Intentar conocer mejor a la paciente y sus problemas personales. En caso necesario, solicitar consulta psiquiátrica.

Rx. Psicoterapia de apoyo. Diazepan, 5 mg. tres veces al día.

Notas de evolución

Las notas de evolución constituyen una de las partes más importantes del expediente clínico. Sin embargo, en el expediente tradicional, estructurado en función de la fuente de información y no en función de los problemas del enfermo, suele haber un conjunto de deficiencias y obstáculos que le restan valor e impiden que cumpla su cometido como instrumento utilísimo para la atención, educación e investigación médicas. Es necesario leer todas las notas para lograr enterarse de la evolución de algún problema determinado; algunos datos o problemas no vuelven a ser comentados; no se sabe lo que acontece con algunos de ellos; no se expresan las razones de tal o cual estudio o de tal o cual medida terapéutica; no hay comunicación adecuada entre los diversos integrantes del equipo de salud, cuyos informes y notas se encuentran en partes separadas del expediente. En el nuevo sistema las notas de evolución se escriben *por problemas* y, en condiciones ideales, aparecen en las mismas hojas, indistintamente; las notas escritas por médicos tratantes, enfermeras, dietistas, consultantes y trabajadoras sociales. Para cada problema cuya evolución se desea registrar, el médico deberá organizar su información en cuatro partes: a) datos subjetivos, es decir, información proporcionada por el paciente; b) datos objetivos, o sea todo cambio en los datos de exploración física, datos de laboratorio y gabinete y opiniones de especialistas consultados; c) interpretación, o sea, evaluación y comentarios que surjan como resultado de los datos obtenidos y finalmente, d) nuevos planes de acción, los cuales, como se ha dicho, se dividen en planes diagnósticos, terapéuticos y educativos para el paciente.

Conviene insistir en la importancia de que el médico escriba notas de evolución organizadas en la forma señalada. De esa manera se obliga a pensar de manera metódica acerca de los problemas de su paciente y a dejar constancia de cómo ha razonado y actuado. De esa manera, el sistema genera una conducta, un método de comportamiento y ayuda al clínico en su labor. El expediente se convierte en instrumento valioso para hacer óptima la atención médica y para la educación médica del propio facultativo y de quienes revisan los expedientes.

Notas de los consultantes

Todo consultante deberá escribir su informe en las hojas de notas de evolución. Principiará por identificar el problema para cuya solución ha sido llamado, anotando su número y título. A continuación escribirá, brevemente, sus conclusiones o sus recomendaciones principales. Por último, y con el subtítulo de *Discusión*, anotará los datos y

argumentos necesarios para defender su punto de vista.

Nota de salida. Nota de defunción

La nota final, a la salida del paciente o a resultas de su defunción, no es más que una nota de evolución final, más detallada, en la que se describen los datos principales (subjetivos y objetivos) relacionados con todos y cada uno de los problemas del enfermo, la interpretación y conclusiones diagnósticas, las acciones y los resultados obtenidos.

Hoja de concentración de datos clínicos. Hoja de concentración de datos de laboratorio

Estas hojas, con cuadros y gráficas, constituyen variantes de las notas de evolución, a las que a menudo sustituyen con ventaja, al proporcionarse una imagen visual, objetiva y de conjunto de la evolución de datos y problemas. Deben utilizarse con liberalidad.

Notas de enfermería

Constituyen un componente muy valioso del expediente clínico. Cuando se escriben con minuciosidad, cuidado e inteligencia, suelen aportar información muy valiosa para el médico y demás integrantes del equipo de salud que atiende al enfermo. Las notas de enfermería deben ser escritas por problemas, tal como aparecen numerados y titulados en la lista de problemas colocada al principio del expediente. En sus notas la enfermera deberá escribir la fecha, el número y el título del problema. A continuación señalará por escrito los datos subjetivos proporcionados por el paciente, los datos objetivos que haya recogido y merezcan ser comunicados, su propia interpretación de todos esos datos y sus planes de acción. Si la enfermera identifica un problema que no aparece consignado en la lista de problemas, puede anotarlos como nuevo problema, siguiendo la secuencia antes señalada. Deberá llamar la atención del médico encargado del paciente, quien decidirá si dicho problema debe ser añadido en la lista de problemas. Idealmente las notas de enfermería deberían escribirse en las mismas hojas utilizadas por los médicos y otros integrantes del equipo de salud. Así lo demanda la filosofía del expediente clínico orientado por problemas. Sin embargo, puede aceptarse que durante un periodo de adaptación al nuevo sistema en toda institución que lo adopte, las notas de enfermera se escriban provisionalmente en formas separadas.

En resumen, quienes utilicen el ECOP deberán proceder con los siguientes pasos sucesivos:

10. Llenar la historia clínica en forma completa, precisa y veraz

- 2o. Elaborar la lista de problemas
- 3o. Señalar los planes de acción iniciales
- 4o. Escribir las órdenes médicas
- 5o. Escribir periódicamente las notas de evolución
 - Notas de consultante
 - Hojas de concentración de datos clínicos
 - Hojas de concentración de datos de laboratorio
 - Notas de enfermería
 - Reportes de laboratorio y gabinete
 - Nota de salida.

El ECOP reúne las siguientes ventajas:

- 1.- Hace factible el trabajo interdisciplinario de todos los integrantes del personal de salud.
- 2.- Facilita la comunicación entre todos los miembros del equipo.
- 3.- Permite que se tomen en cuenta de manera más completa todos los datos relacionados con los problemas del paciente.
- 4.- Hace que se tomen en cuenta tanto los aspectos biológicos, como los psicológicos y sociales del enfermo.
- 5.- Exige una comprensión cabal de la situación del paciente para poder identificar sus problemas.
- 6.- Mejora la lógica del razonamiento clínico.
- 7.- Facilita la recolección de datos necesarios para llevar al cabo investigaciones clínicas.
- 8.- Permite hacer la evaluación de la atención médica.
- 9.- Estimula la educación médica, en todos los niveles, en el aspecto normativo. En efecto, es un instrumento de gran valor para impulsar al estudiante, y aun al médico, a obtener datos del paciente con minuciosidad, veracidad y precisión; a desarrollar su capacidad de análisis y síntesis para identificar problemas; a razonar lógicamente y a llevar a cabo planes de acción con eficiencia. El expediente clínico, si es orientado por problemas, vuelve a convertirse de esta manera en el instrumento que siempre ha debido ser: un instrumento que permite hacer más científica la práctica de la medicina clínica.

REFERENCIAS

1. Weed, L. L.: *Medical, records, medical, education and patient care: the problem oriented record as a basic tool.* Cleveland, Case Western Reserve University Press, 1969.
2. Hurst, J. W. y Walker, H.K.: *The problem-oriented system.* Nueva York. Medcom. 1972
3. Walker, H.K.; Hurst, J.W. y Woody, M.F. *Applying the problem oriented system.* Nueva York, Medcom. 1974.

III. EL EXPEDIENTE CLÍNICO COMO INSTRUMENTO DE ENSEÑANZA

CARLOS CAMPILLO-SÁINZ * † y
CARLOS VARELA- RUEDA †

Que teoría y práctica han de marchar juntas, es un principio de aceptación general en pedagogía.

Con razón puede afirmarse que si la teoría sólo es mera especulación, la sola práctica se queda en artesanía. Dicho en otras palabras, la teoría toma cuerpo en la práctica y esta se hace trascendente, en tanto sirve de base a la teoría. Hay entre ellas un juego dialéctico, en el cual se generan mutuamente la una a la otra. Se parte de hechos particulares para establecer leyes de carácter general, cuya veracidad se pone a prueba mediante su aplicación a nuevos casos particulares. Este proceso inductivo-deductivo, es nota distintiva del pensamiento científico.

En el campo de la medicina, puede afirmarse que a las ciencias biológicas, aportadoras de la doctrina, debe corresponder un conjunto de acciones organizadas en torno a una realidad concreta.

Ahora bien, el expediente clínico registra tales acciones, refleja el pensamiento que las inspira, y da cuenta de los resultados obtenidos.

Es el instrumento que recoge las aplicaciones de la ciencia y de la tecnología a la solución de los problemas de salud que presenta cada enfermo en particular. Esta aplicación reiterada de conocimientos y habilidades técnicas, esta experiencia diariamente acrecentada, constituye inapreciable fuente de enseñanza, porque gracias a ella, conceptos y técnicas adquieren validez al ser contrastadas con la realidad.

El expediente clínico es el instrumento que al consignar experiencias, refleja también las enseñanzas que de ellas derivan, cuyo origen ha de buscarse en esas mismas experiencias.

La práctica de la medicina, en cuanto tal, eleva la eficiencia del ejercitante, al dejarle la imprevisión viva de actuaciones previas, unas exitosas, otras frustradas; pero todas educativas.

El expediente clínico no es, por tanto, condición *sine qua non*, para obtener aprendizaje del cotidiano ejercicio de la medicina. Pero si bien, durante siglos, el expediente clínico fue del todo des-

* Académico titular

† Jefatura de Servicios de Enseñanza e Investigación,
+ Subdirección General Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social.

conocido, la situación de entonces podría catalogarse como propia de la etapa en que los adelantos de la cultura se transmitían por tradición oral. No utilizar ahora el expediente clínico, sería tanto como ignorar el valor de la palabra escrita.

Precisamente, por tratarse de un documento escrito, el expediente clínico permite que las anotaciones que contiene, sean auténticas, dinámicas, accesibles, reproducibles, difundibles y evaluables. Auténticas, por estar firmadas, lo que indica responsabilidad; opiniones y actuaciones se expresan en el propio lenguaje de quienes las sustentan o las ejecutan, y aun siendo equivocadas, su expresión formal es verdadera y los hechos son reales. Hay dinamismo, porque hay movilidad en el tiempo; la frecuencia de los registros debe tener un sentido de continuidad. Las anotaciones del expediente clínico son también accesibles a todo el personal directamente involucrado y al consultante, incluso al mismo enfermo; de allí la posibilidad de precisar datos, fechas y circunstancias, de conocer otros puntos de vista y de reafirmar o rectificar decisiones. Un documento escrito es por naturaleza reproducible y difundible, cualidades de gran utilidad para fines educativos y científicos. Por último puede evaluarse en todo y en partes, tanto durante el proceso de su confección como a *posteriori*, por propios y extraños.

Según esto, ¿qué valor tiene el expediente clínico como instrumento de enseñanza? Veamos cómo contribuye a realizar los objetivos del aprendizaje en las distintas áreas.

En el área cognoscitiva

Se había dicho líneas arriba, que el expediente clínico es un instrumento al través del cual se ponen de manifiesto las mutuas acciones de refuerzo entre los conocimientos teóricos y su aplicación práctica. Queremos ahora reafirmar que ciertamente el expediente clínico es un instrumento, pero de tal importancia, que sin su concurso las enseñanzas nacidas de la experiencia, difícilmente llegarían a existir y menos aún, a persistir como entidades reales susceptibles de estudio racional que las convierta en materia de generalización teórica.

El expediente clínico es a la experiencia clínica lo que el lenguaje al pensamiento. En efecto, nuestras ideas adquieren forma y coherencia tan pronto como somos capaces de expresarlas por medio del lenguaje. Y a tal grado, que sigue en pie el viejo dilema ¿hablamos porque pensamos o pensamos porque hablamos?

De igual manera, el expediente clínico, fruto de la experiencia clínica, al revertir sobre la causa que le da origen, se identifica con ella constituyéndose a su vez en fuente de enseñanza.

Por todo ello, no es de extrañar que el expediente clínico, en el área cognoscitiva, contribuya al cumplimiento de los objetivos de enseñanza con las funciones siguientes:

- a. Evaluación de conceptos e hipótesis.
- b. Adquisición de conceptos y formulación de hipótesis.
- c. Orientación de la enseñanza a su verdadera finalidad.

Auto y heteroevaluación —como antes se decía— aplicable a lo largo de una experiencia médica determinada y aun después de ella por tiempo indefinido; aplicable también, a todos los casos de una categoría que por sus semejanzas y desemejanzas, destaquen analogías y diferencias.

Evaluación de los nexos lógicos y ontológicos que deben existir entre la idea y la acción, implícita aquella, la idea, en los hechos que el expediente consigna. El *qué*, contenido en la información, lleva a la busca del *porqué*, y el proceso, repetido una y otra vez a propósito de cada elemento teórico en cotejo con las acciones que le siguen, repercute tanto en los conceptos aislados como sobre las hipótesis, ya sea para confirmarlos o bien para delimitar su alcance. En unos casos se tratará de rectificaciones y en otros, la validación, siendo desfavorable, indicará la necesidad de suprimir alguna base teórica que, hasta entonces y sin fundamento bastante, se había considerado de utilidad.

Un paso más y se advierte la parte creativa, aquella que da lugar a la adquisición de conceptos y a la formulación de hipótesis.

Tocante a la aplicación, las funciones evaluativas operan sobre todos los componentes del proceso de atención médica, siempre que sea dable verificar la consonancia que debe haber entre tal o cual principio teórico y la expresión correlativa que tenga en la práctica. Se evalúan así, frente a los conocimientos sobre etiología y patogenia, los datos pertinentes que deben ser recogidos en el expediente clínico, y esta evaluación tiene efecto recíproco. De la misma manera se evalúan los datos del laboratorio y gabinete frente a la interpretación teórica que los sustenta; el mecanismo de acción, la eficacia de las drogas y otras medidas terapéuticas y, en una palabra, el plan conjunto de acciones puesto en práctica para atender a un paciente. Se comprende que a resultados de todo esto surjan ideas y aun se formulen hipótesis destinadas a reemplazar las que antes eran vigentes. El expediente clínico se revela entonces como instrumento de progreso científico en el campo de la medicina.

Otra de sus funciones, no menos importante, consiste en destacar, de manera invariable, el sen-

tido de la atención médica y por tanto, las enseñanzas que le son inherentes, recalando siempre su finalidad principal que es, por encima de todo, la atención del enfermo, con vistas a reintegrar cabalmente su salud.

En el área psicomotora

El expediente clínico, además de favorecer la búsqueda de los mecanismos causales, señala el camino para hacerlo mediante procedimientos cuya ordenada disposición constituye una verdadera metodología. Seguir un camino bien determinado y preciso entre opciones que se antojan múltiples, es altamente benéfico para el médico y para el resto del personal de salud, que de esta manera encuentra oportunidad de ejercitar una disciplina operativa, de la que necesariamente resulta una habilidad creciente en la ejecución de las acciones emprendidas.

La metodología operativa lleva necesariamente a la metodología ideativa: ideas y acciones caminando de la mano, resultan inseparables. Para emplear un símil, el expediente clínico es el hilo de Ariadna, que nos conduce a través del laberinto de los problemas médicos y nos señala finalmente la salida.

En el área afectiva

Además de conocimientos técnicos y científicos, el uso del expediente clínico refleja todo un conjunto de actitudes que entran en juego en lo que algunos autores han llamado el encuentro médico-paciente. El papel del expediente clínico en esta área, como en las otras mencionadas, es de registro, evaluación, rectificación y refuerzo. Esto último, por medio de la repetición de estímulos y con la circunstancia muy favorable de ser los refuerzos sucesivamente más eficaces por apoyarse en los anteriores y haber tomado en cuenta las rectificaciones correspondientes.

El expediente clínico contribuye a estrechar y a darle mayor contenido interpersonal a la relación médico-paciente, más y más a medida que la relación progresa.

El elemento disciplinario se pone aquí de manifiesto por la metodología que implica y por ser guía que marca el camino y nos vuelve a recordar el símil del laberinto.

En síntesis, el expediente clínico como instrumento de enseñanza tiene las siguientes funciones:

a. Facilita la utilización de conocimientos por parte del médico y del resto del personal de salud, y es recurso de gran valor para la educación continua.

- b. Obliga a establecer y analizar los hechos clínicos de acuerdo con un marco conceptual de referencia.
- c. Reglamenta en la práctica la aplicación metódica de los principios vigentes en la medicina, actuando como elemento disciplinario del pensamiento y de la acción.
- d. Representa la mejor posibilidad de simulación de las condiciones en que se requiere la aplicación futura de los principios teóricos.
- e. Propicia una de las condiciones ideales para que ocurra aprendizaje por descubrimiento.
- f. Es un medio efectivo de autoinstrucción y heteroinstrucción.
- g. Es de gran utilidad para la evaluación y la heteroevaluación, lo cual demuestra que como elemento retroinformante, es indispensable en cada una de las etapas del proceso de enseñanza-aprendizaje.

IV. EL EXPEDIENTE CLINICO COMO INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

LUIS SANCHEZ- MEDAL *

La utilidad del expediente clínico en la investigación clínica es obvia. En el caso de las investigaciones retrospectivas, es el único elemento de que se dispone para el objeto y la calidad de la investigación está íntimamente ligada a la calidad del expediente y a lo completo y veraz de la información que proporciona. En la investigación prospectiva con frecuencia también sucede lo mismo, en tanto que, aparte del expediente clínico, no se elabora ningún otro documento en el que se registre la información pertinente para las finalidades de la investigación.

Probablemente a causa de lo obvio de lo anterior, resulta difícil encontrar artículos en los que se aborde el tema del uso del expediente clínico en la investigación. El libro de Kenneth Walker *Applying the problem-oriented system*, contiene un capítulo por Stewart Graves titulado *Records as a tool in clinical investigation*, el que comienza con la siguiente introducción

“Uno ha visto a los conejos desparramarse como ahora al primer trueno de una pistola, sólo para volver a surgir media hora más tarde y salir

* Académico titular.

tímidamente al campo de nuevo sin darse cuenta que el cazador aún está ahí, todavía mirando. Los civiles no tienen memoria. Cada nuevo suceso les llega como una onda fresca prístina y recién creada, con toda su maravilla y su horror rebosante de novedad. Solamente en oficinas sombrías con luz eléctrica durante el día, los investigadores sentados tensamente escuchan narraciones a fin de estudiar su patrón, para relacionar el pasado y el presente, de manera que, como los miradores de estrellas, puedan husmear un poco en el oscuro futuro."

No extraña que el texto, 14 hojas, que sigue a esta introducción, tampoco tenga nada que ver con el título del artículo.

Carente de antecedentes bibliográficos sobre el particular debo depender exclusivamente de mi experiencia y de mi entendimiento para desarrollar el tema.

Son varias, probablemente todas, las partes del expediente clínico que proporcionan información útil para la investigación. De la misma hoja de trabajo social pueden derivarse datos útiles, como las características socioeconómicas, culturales, higiénicas y de otra índole de la población atendida por la unidad hospitalaria y la frecuencia o posible influencia de alguna de estas variables en la producción de determinada patología o en el tipo de evolución observada.

La historia clínica misma es la fuente más rica de información para caracterizar antecedentes que puedan ser pertinentes o precisar las características de un cuadro patológico determinado. Como es fácilmente comprobable, la información registrada en los expedientes es muy variable, dependiendo del clínico que elaboró la historia. Por ello es comprensible que falte uniformidad en la información derivada de los expedientes ordinarios de los hospitales, lo que constituye un obstáculo importante para la investigación clínica de carácter retrospectivo. Por desgracia, tampoco es uniforme la información contenida en la historia clínica en los estudios prospectivos y ni siquiera en aquellos en que todas las historias clínicas son redactadas por los propios investigadores.

La solución de este problema amerita la elaboración cuidadosa y juiciosa de un cuestionario previo a toda investigación prospectiva, en el que se recabe la información pertinente para la investigación, y el que deberá ser llenado con cada paciente en forma acuciosa y completa.

Por otra parte, si se desea mejorar la investigación retrospectiva, lo único que cabe es el uso de expedientes semicerrados o diseñados, del tipo usual en varios países desde hace muchos años y

que son los que se incluyen en el sistema del expediente orientado por problemas. A menos que se utilicen este tipo de historias clínicas, continuará resultando limitada la utilidad del expediente clínico en la investigación retrospectiva, por la gran variación en la información recabada por los médicos.

Las notas de evolución constituyen sin duda la parte más variable de un expediente. En algunos hospitales el expediente carece de ellas o éstas son escasas y reducidas. En otros, son tan extensas que motivan que al poco tiempo de que un enfermo está internado en el hospital el expediente se asemeje a un diccionario, por su volumen. En algunos sitios, los reglamentos establecen que deben escribirse dos notas de evolución diarias en el expediente de cada enfermo; en otros, por costumbre las notas de evolución sirven más para que el residente o el médico de base den rienda suelta a su erudición. Ni siquiera en el primer caso, las notas de evolución cumplen con su cometido de exponer cuál ha sido el curso de todos y cada uno de los síntomas del enfermo. Menos puede esperarse, en lo que se refiere a la descripción de la evolución de los síntomas, de las notas eruditas, las que ponen de manifiesto la tendencia desafortunada de algunos médicos de interesarse por las enfermedades mas no por los enfermos. Resulta obvio lo deficiente de la investigación cuando no puede establecerse con certeza cuál ha sido la evolución del padecimiento.

Por varias razones, entre otras, su gran utilidad para la investigación clínica, deben llevarse tablas de evolución de los datos clínicos, síntomas y signos físicos de todo paciente. Estas tablas tienen varias ventajas para la investigación clínica: aseguran la atención continuada a todos los síntomas y signos, impidiendo las omisiones que en este renglón frecuentemente se cometen cuando se trata de consignar todo en las notas de evolución; permite apreciar rápidamente el cuadro clínico del enfermo y la evolución del mismo y determinar en forma rápida y clara la duración y el curso de cada síntoma y de cada signo.

Igualmente tiene grandes ventajas llevar en forma tabular y secuencial la información que recoge la enfermera y los datos de laboratorio y de gabinete correspondientes a estudios seriados. La atención a estos renglones, esto es, a la elaboración de las tablas necesarias para registrar toda la información útil, y a que el personal médico y paramédico del hospital llene en forma adecuada y con regularidad dichas tablas, contribuirán significativamente a impulsar y a mejorar la investigación clínica.