

LA HISTORIA CLINICA Y LA RELACIÓN MÉDICO - ENFERMO

THE CLINIC HISTORY AND THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

No se concibe una medicina asistencial donde el médico y el paciente participen en el acto médico aislados uno del otro, como si fueran compartimentos estancos.

El fundamento de tal medicina, la medicina asistencial, se basa pues en una forma de vinculación entre ambos, vinculación llamada R.M.E. que vamos analizar en sus distintos aspectos.

El enfermo se acerca al médico porque adquiere conciencia de su condición morbosa por obra de un sentimiento de enfermedad y el médico adquiere experiencia propia de ese sentimiento de enfermedad de su paciente a través de las palabras y gestos expresivos de éste, la ulterior exploración clínica y para-clínica, y en el prolongado contacto personal.

La historia clínica en Medicina Interna no difiere en sus lineamientos directrices de la historia clínica de cualquier rama del quehacer médico. Pero en Medicina Interna la historia clínica adquiere relieves tan fundamentales que podemos afirmar que el curso del progreso de la Medicina Interna y la formación personal del médico clínico está "empedrado" de Historias Clínicas, desde Hipócrates hasta la actualidad. En la historia clínica se reflejaron todas las vicisitudes históricas de la Medicina Interna, todas sus épocas de esplendor y decadencia.

La historia clínica es el relato patográfico de la experiencia del médico en su relación con el enfermo (R.M.E.). Se la conoce también como Patografía. Como la Nosografía es la descripción de una enfermedad, tal como figura en los textos de Medicina Interna, la Patografía

es la descripción de un enfermo individual y es el documento fundamental del saber médico.

Este documento patográfico muestra siempre la tensión que existe entre la medicina teórica y el ejercicio real, entre el saber generalizador de los libros didácticos y la experiencia individual ante la cabecera del enfermo, entre las exigencias de una práctica social y la inexorable obligación de ver en un paciente a un ser personal.

Esta experiencia del médico frente a un enfermo está constituida por una serie de eslabones que en su conjunto contribuirán a alcanzar la meta fundamental de la Historia Clínica: el diagnóstico.

Pero antes de relatarlos hay un período previo en el cual el enfermo y el médico intercambian la mirada y algunas palabras de salutación.

Este primer contacto, ya se realice en el Hospital o en la práctica privada es el encuentro de una persona a quien la enfermedad ha trocado en un ser necesitado de ayuda con otro hombre, el médico, capaz de prestársela.

Este primer paso de la relación médico-enfermo está integrado, aunque no siempre, por cuatro elementos: el enfermo, el médico, la enfermedad y los otros.

Es necesario decir que estos cuatro elementos se hallan siempre individualmente y socialmente condicionados.

La enfermedad actúa bajo dos formas: lo que el enfermo relata acerca de su

padecimiento y lo que el médico va encontrando.

Balint habló siempre del médico, el enfermo y la enfermedad, pero en este primer contacto actúan también los otros, es decir las persona (familiares, otros médicos), más próximos al enfermo en cuanto tal. Los otros pueden hallarse presentes o ausentes. Nunca dejan de actuar en la R.M.E. (Lain)

Este primer contacto entre el médico y el enfermo toma expresión a través de la mirada y la palabra.

La R.M.E. no se inicia mientras médico y enfermo no se hayan mirado. Por tanto, entre un comatoso y el terapeuta no hay todavía R.M.E. verdadera; puede haber y la hay, relación médico - organismo.

A la mirada, sigue pronto la palabra, el momento verbal: formas amables de salutación, frases de aperturas por parte del médico, silencios y elementos paraverbales de la comunicación interhumana.

A continuación el médico pasa a elaborar la Historia Clínica y la inicia con el Interrogatorio o Anamnesis.

Redacta primero el encabezamiento, donde figuran todos los detalles de identificación del enfermo: sexo, edad, raza, estado civil, procedencia, ocupación, situación económica, formación intelectual y cultural, etc., todo ello en medida que este parezca estar en alguna relación patológica con la enfermedad. La patología psicósomática y la patología antropológica mostraron la importancia decisiva de estas determinaciones en la vida del enfermo.

A continuación el médico aborda la segunda etapa de la Anamnesis o Interrogatorio, que abarca todos los detalles que él considera importante o necesario. Es el momento en el cual el enfermo va declarando todo lo que recuerda, siente y que el médico cree que es importante para su mejor conocimiento de la enfermedad.

Desde la medicina hipocrática hasta hoy, la anamnesis es uno de los pilares del diagnóstico. En el siglo XIX, con el auge de la medicina científico - natural muchos desdeñaron la anamnesis y solo se atenían a lo visto y visible. Todavía en

1890 un clínico calificado como Leube decía: "el tiempo empleado por el clínico para hacer un buen interrogatorio, es tiempo perdido para hacer un buen diagnóstico". Esta pretensión de una medicina sin palabras no ha prosperado. Maraón dijo una vez que "si él, como clínico hubiese de elegir entre los datos de una exploración objetiva y los resultados de una buena anamnesis, se quedaba con estos". Es cierto y quizás esto explica la postura de Leube que la certidumbre de lo que se oye no puede compararse con la sólida evidencia de lo que se ve. Ver con el gastroscopio una neoplasia gástrica es terminantemente más concluyente que oír de labios del enfermo su anorexia y su dispepsia.

Sin embargo la medicina actual ha descubierto aspectos del enfermar humano solo evidenciables de la audición verbal; citemos como ejemplo la patología psiquiátrica o los procedimientos psicoanalíticos.

No obstante, es el criterio clínico y la experiencia, quienes resuelven cuando es preferible, frente a un enfermo, decidir si el interrogatorio o los datos objetivos en la exploración del enfermo, van a ser los fundamentos de un diagnóstico correcto.

En al anamnesis debemos distinguir dos aspectos: lo que el enfermo proporciona al médico diciéndole algo y lo que ofrece no diciéndole nada, callando.

El valor médico de lo que el enfermo dice tiene, lógicamente, un valor diagnóstico y también otro terapéutico. Llamando al médico, diciéndole algo de su enfermedad y nombrando, a su modo, todo lo concerniente a ésta, el enfermo recibe apoyo y compañía e interiormente se sosiega y esclarece, y se inicia en él una sutil e incipiente función terapéutica. (Lain)

Hay dos modos cardinales de anamnesis: la testifical y la interpretativa. En la primera relata sus síntomas como testigo de lo que su vida fue. En la segunda da a conocer las vicisitudes de su vida, no como testigo sino como autor y actor. Gran parte del fundamento de la psicopatología freudiana se edificó sobre esta interpretación. Aquí el enfermo es autor y actor del drama o la comedia a que puede ser reducida la biografía de una persona.

Siempre en el interrogatorio, el médico debe saber oír, saber interrumpir, saber interrogar y saber ver. En el enfermo el silencio puede ser deliberado, o involuntario o por incapacidad expresiva.

Es aconsejable durante el coloquio anamnésico hacer algunas preguntas: ¿Toma algún medicamento? ¿Qué enfermedad teme tener?

Frecuentemente en la anamnesis surgen dificultades tanto por parte del médico, por parte del enfermo y por parte de la sociedad.

El gran clínico español Jiménez Díaz las cita.

Por parte del enfermo:

- Charlatanería y locuacidad.
- Prejuicios médicos.
- Ideas inscriptas.
- Insinceridad.
- Petulancia y egotismo.
- Familiares y acompañantes.
- Escaso promedio intelectual.
- Mal manejo del idioma.

Por parte del médico:

- Desinterés
- Cansancio.
- Escaso tiempo, no disponer del tiempo necesario para la elaboración de una anamnesis y exploración adecuadas. Creo que este factor, el de la falta de tiempo, es el que mas amenaza una buena R.M.E. Es un factor que falsea los problemas e impone actitudes injustificables. En nuestro sistema de atención de mutuales, obras sociales, medicina prepaga, etc., una consulta dura entre seis y diez minutos, actitud tecnocrática repugnante impuesta por una multitud de factores, fundamentalmente económicos y donde el médico ve perder su individualidad como tal para convertirse en un común asalariado.

- Petulancia.
- Ideas preconcebidas.
- Preguntas intencionadas que inducen a respuestas incorrectas o erróneas por parte del enfermo.

- Mal manejo del lenguaje.
- Falta de respeto (tuteo, voseo o chequeo), cuando se interroga a una persona de edad a quien se le ha tratado como señor, durante toda su vida. Es

indudable que una atención adecuada y correcta que respete la dignidad y los derechos del paciente puede prevenir un trauma psíquico y dar solidez a la R.M.E. Se debe recordar siempre que una persona anciana es producto de una época diferente y a menudo de una cultura distinta. Este principio exige que se realicen todos los esfuerzos necesarios para no ofender, pues no hacerlos deteriora potencialmente la relación M.E. y de este modo se pierden todos los beneficios que puede aportar esta relación. Muchos ancianos objetan correctamente el que los llamen por su nombre de pila o el muy difundido tuteo, voseo o chequeo, después de haber recibido el trato de señor durante 50 años!

- Insuficiente preparación en el pregrado. Se pone mucho énfasis, es justo en la enseñanza de la pediatría pero se ignora la geriatría en una época donde el 25 % de la población supera los 65 años.

- La especialización, subespecialización y superespecialización, económicamente más rentables que la medicina interna o la medicina general. El médico se arrincona en una metodología diagnóstica, compleja, única, costosa. A veces no intercambia una sola palabra con el paciente salvo las clásicas de una salutación fría.

- El delegar en un ayudante, por lo general enfermeras diplomadas, practicantes, residentes sin experiencia o en una computadora la tarea de recoger los datos de una anamnesis. No olvidemos nunca que la pericia de quien reúne los datos, es la base de una correcta información, factor fundamental para la evaluación y atención del paciente.

- Descuido de la personalidad y en la pulcritud

- Una filosofía médica arrolladora y agresiva esta invadiendo todos los estamentos de esta noble y sagrada profesión. Muchos médicos, lo confieso con profunda pena, caen en la comercialización indecente o en la delincuencia profesional.

Por parte de la sociedad:

- La interferencia del estado, en un concepto totalmente erróneo, poniendo trabas para perjudicar una correcta

relación M.E.: mutualización incorrecta, burocracia agresiva e indiferente que anula en el paciente los deseos de una adecuada prestación médica, trámites agotadores para lograr la aceptación de algunos estudios complejos, limitación de los análisis de laboratorio, etc.

- La interferencia de otros: autoridades, sociedad, parientes, amigos, médicos, algunos en mas, otros en menos actúan negativamente para una necesaria R.M.E.

- La escasa retribución tanto por parte del estado y las obras sociales, a una actividad profesional que exige exámenes clínicos prolongados y conocimiento adecuados y actualizados.

- La ruptura del núcleo familiar con sus desastrosas consecuencias para el enfermo, obligado a terminar sus días en instituciones hospitalarias o geriátricas, que en su mayoría constituyen una manera indignante de ganar dinero y por otra parte dejan mucho que desear.

- La obligatoriedad, en muchas de estas instituciones de ser atendido por un médico y no por el médico que él prefiere para el cuidado de su salud.

En anamnesis el médico debe tratar siempre de averiguar cuando se inició la enfermedad. Esto puede ser fácil en las patologías agudas, pero en las enfermedades crónicas no, citemos por ejemplo la Diabetes Sacarina tipo 2. En este caso el paciente consulta habitualmente cuando aparece una complicación: un accidente vascular coronario, una claudicación intermitente, una impotencia sexual. En muchas de estas situaciones el patógrafo incluye estas patologías como inicio de la enfermedad, con el epígrafe de "motivo de consulta", cuando la enfermedad real se inicio hace 15 o 20 años atrás. Ejemplos similares son frecuentísimos en Medicina Interna y son lógicamente un testimonio del gran valor de la anamnesis.

A continuación el médico inicia la exploración objetiva o física, conocida también como estado actual.

La medicina hipocrática hizo de la exploración objetiva, a través de la percepción sensorial del cuerpo humano,

el criterio fundamental del conocimiento médico.

La medicina moderna, fiel a este venerable principio recurre a los sentidos para explorar la realidad somática del paciente: inspección, tacto, palpación, olfacción, percusión, auscultación y lo completa con análisis, trazados gráficos, pruebas funcionales, procedimientos radiológicos, ecográficos, tomografías computadas, P.E.T., SPECT, etc., etc.; agregando a veces informes psicológicos, para penetrar en la intimidad física, fisiológica, anímica y social del enfermo.

Pero hay que recalcar algo; la exploración objetiva del enfermo no solo tiene una importancia diagnóstica, sino también, aunque menos visible, una aportación terapéutica: explorar con minuciosidad e interés el tórax o el abdomen de un enfermo es ganar la confianza del mismo y sin tal confianza no llegará a ser óptima la eficacia del tratamiento mejor instituido.

Todas las maniobras empleadas en la exploración física determinan en el paciente una reacción viviente a la vez biológica y personal. El resultado de una exploración física del corazón no depende solo del estado anatómico de éste, sino también del estado afectivo del paciente, de su condición de persona humana.

La exploración física y objetiva debe ser realizada ateniéndose a razones técnicas (semiotecnia), y a razones éticas, con las consideraciones máximas.

Marañón dijo alguna vez que el enfermo debe ser explorado como si fuera "un caballero de la tabla redonda", a un punto tal que esas maniobras deben comenzar siendo una verdadera caricia. La exploración médica siguiendo los consejos de Marañón, debe ser siempre "un experimento fisiopatológico" y "debe responder a un propósito científico bien fundado" y no ser "palos de ciego", ni experimento de física recreativa.

Una vez demostrada una caverna tuberculosa, ¿adelantaría algo el clínico comprobando si en el tórax se producen los signos semiológicos o no se producen los fenómenos sonoros de Wintrich, Williams y Gerhardt? (Marañón)

Nunca debe emprenderse una maniobra exploratoria cuya técnica se desconozca.

Solo así el clínico llegará a ser "un señor del diagnóstico".

El cuarto paso, será la Formulación del Diagnóstico.

Una buena anamnesis, una correcta exploración física pondrán de ordinario al médico en condiciones de formular un diagnóstico.

El diagnóstico es la culminación de una historia clínica "Qui bene diagnoscit, bene curantur" decía una antigua expresión latina.

Sin diagnóstico no hay tratamiento curativo. Se exceptúan por supuesto las enfermedades terminales o aquellas que científica y éticamente no tienen tratamiento.

El intento de llegar a un diagnóstico definitivo pasa por diversas etapas o vicisitudes.

En Medicina Interna el diagnóstico es Nosológico, es decir la enfermedad que llevó a la consulta con el médico o motivo su internación.

Por ejemplo, un diagnóstico nosológico de cirrosis atrófica de Laenec es correcto, pero el médico debe siempre llegar al diagnóstico holístico diciendo que hay una cirrosis de Laenec con o sin complicaciones, sino también que la exploración del enfermo puso en evidencia una diabetes sacarina, una hipertensión arterial y un enfisema broncogénico tabáquico.

Se habla siempre de un diagnóstico anatómico, de un diagnóstico evolutivo, un diagnóstico patogénico, un diagnóstico funcional y un diagnóstico etiológico, que muchas veces se debe hacer mención de ellos en la Historia Clínica porque amplían el horizonte diagnóstico, las terapéuticas, la evolución y el pronóstico. Pero no debemos olvidar que algunas veces no se puede concretar un diagnóstico correcto, aún cumplidas todas las exigencias de una buena historia clínica.

Pero que actitud debemos tomar cuando el diagnóstico es el de una enfermedad incurable y a breve o mediano plazo mortal?

¿Se le comunicamos al enfermo?

Esta es una polémica que en la medicina actual tiene perspectivas distintas:

a) los médicos que piensan afirmativamente,

b) los médicos que piensan negativamente,

c) los médicos que adoptan una actitud intermedia o neutra, que no comunican la plena verdad pero la insinúan, abriendo eso sí, un camino de esperanza.

Se sobrentiende, y la coincidencia es total, que la verdad debe ser comunicada al familiar o allegado mas equilibrado psicológicamente.

Lo concreto es que en este problema intervienen multitud de factores: culturales, educación, creencias religiosas, actitudes filosóficas de las diversas etnias acerca del sentido de la muerte, temperamento, valor o temor ante el significado, a veces trágico de la vida, y hasta problemas que tienen, cuando no!, relación con el dinero.

Lo cierto e indiscutible es que la R.M.E. en esta infausta circunstancia, tan particular y difícil no se rompa. Mas bien, cuando es cordial, auténtica, afectiva, ayuda a muchos enfermos a sobrellevar con serenidad los días finales de la vida. Es en estos momentos donde el médico muestra toda la grandeza de su alma.

EVOLUCIÓN O CURSO DE LA ENFERMEDAD. TRATAMIENTO

Conocido el diagnóstico, el médico inicia el tratamiento. Esto es lo clásico, pero muchas veces el tratamiento se impone urgentemente, sin tener todavía una veracidad del diagnóstico, sino una sutil sospecha: schoc, accidente cerebral agudo, coma, etc., tal como sucede a menudo en las unidades de terapia intensiva.

En muchas enfermedades agudas o crónicas, formulado el diagnóstico, se describe en la Historia Clínica la evolución del proceso morboso hasta su terminación.

Este relato evolutivo puede obligar al médico a adoptar alguna o algunas de estas cuatro modalidades descriptivas (Láin):

a) Una sucesión de visiones o signos físicos de la apariencia externa o interna

del cuerpo del enfermo, tal como se lee en las Historias Clínicas de los pacientes afectados de Esclerosis Lateral Amiotrófica, en las publicaciones de Charcot.

b) En las historias clínicas de orientación fisiopatológica el curso de la enfermedad se reduce a una sucesión discontinua de cifras analíticas, trazados gráficos o imágenes que simbolizan el estado del organismo con una modalidad *energético material* en el momento de cada exploración, por ejemplo en la diabetes sacarina, o el infarto agudo de miocardio.

c) Cuando el médico esta imbuido en el pensamiento etiopatogénico relata la evolución como una lucha entre el agente agresor, (un germen o un virus), y el organismo que se defiende. Es casi un relato bélico.

d) Los médicos abanderados en la mentalidad antropatológica relatan la enfermedad como una biografía tal cual lo hacen los psicoanalistas freudianos o los psiquiatras.

Formulado el diagnóstico en la Historia Clínica debe figurar el tratamiento.

"Qui bene diagnoscit, bene medebitur" decía una breve sentencia latina. El éxito o fracaso de un tratamiento depende casi exclusivamente del Diagnóstico.

Sin embargo el tratamiento puede y debe comenzar antes. El gran clínico de Berlín, Ernst von Leyden decía a sus alumnos "el primer acto del tratamiento es el acto de saludar dándole la mano al paciente".

Mas todavía, ese inicio del tratamiento se realiza aun antes, antes que el enfermo haya llegado para la entrevista con el médico. El prestigio profesional de este opera de algún modo sobre el enfermo que a él recurre.

Recordemos siempre a Balint: "la persona del médico es el primero de los medicamentos que este maneja".

Concluida la etapa terapéutica, el médico y el enfermo reiteran su contacto.

Esta etapa se inscribe en la Historia Clínica como Evolución.

La Evolución, los nuevos contactos entre el médico y el enfermo tienen dos finalidades primordiales:

a) para comprobar el resultado del tratamiento y

b) para vigilar el curso de la enfermedad.

Finalmente la R.M.E. llega a su termino:

a) El alta, cuando médico y enfermo estiman que la asistencia no es necesaria. Esta puede ser definitiva o provisoria.

b) La incurabilidad, cuando el médico piensa que su ayuda técnica no es eficaz. Pero la carencia de una ayuda eficaz no impide la práctica de una medicación sintomática y paliativa, y el tal médico como hombre compasivo debe en todo momento dispensar el consuelo para aliviar el sufrimiento de su paciente. Recordemos siempre la máxima de Bérard y Gubler "Guerir perfois, soulagir souvent, consoler toujours" curar a veces, aliviar a menudo y consolar siempre

c) Terminación o Exitus Letalis, describiendo como el proceso morboso ha terminado. A esto deberá seguir siempre la práctica de la necropsia anátomo - patológica.

La necropsia cuando es posible realizarla, (y desgraciadamente en nuestro medio no es tan fácilmente posible), la Historia Clínica recogerá los resultados y el anátomo - patólogo se los suministrará al clínico.

¿Fue correcto el diagnóstico?

¿No fue correcto?

¿Cuál fue en la Historia Clínica, el procedimiento que indujo al error?

De acuerdo a mi experiencia muchas veces el error se originó en una incompleta o incorrecta anamnesis.

El capítulo final de la Historia Clínica es la Epicrisis, donde el patógrafo extrae las conclusiones del caso por él descrito. Establecerá el diagnóstico final preciso y comentará todas las consideraciones etiológicas, patogénicas, fisiopatológicas y terapéuticas que la Historia Clínica le sugiera y así agregará un jalón importantísimo en su experiencia médica.

En resumen la Historia Clínica consta de nueve partes:

- 1) El encabezamiento
- 2) La anamnesis o interrogatorio
- 3) La exploración clínica, (examen físico) y datos paraclínicos: laboratorios, gráficos, radiológicos, etc.
- 4) El diagnóstico
- 5) La evolución
- 6) El tratamiento
- 7) La terminación o final:
 - curación,
 - mejoría,
 - muerte, en este último caso proceder a
- 8) La necropsia
- 9) La epicrisis

ASPECTOS FORMALES DE LA HISTORIA CLÍNICA

Debe ser bien y claramente redactada. El abuso de una terminología inadecuada, groseros errores gramaticales tanto en la sintaxis como en la ortografía, el empleo abusivo de apócope, siglas, abreviaturas, flechas, signos matemáticos, muletillas, etc., dificultan su lectura.

Algunos docentes aconsejan trasladar al relato clínico las mismas palabras que algunos pacientes (sobre todo los de las clases más humildes) con los cuales designan sus síntomas. Considero de mal gusto leer en una Historia Clínica palabras como panza, empacho, mal de aguas, parálisis de la media res, pasmo, gases, seco de vientre, etc. También, *mutatis – mutandis*, terminología excesivamente intelectual o rebuscada por parte del médico, extrangerismos, etc.

Aconsejo leer las Historias Clínicas de mi maestro Ramón Brandan actualmente disponibles en el Museo de Historia de la Medicina, en el Pabellón Argentina de la Ciudad Universitaria

BREVE HISTORIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

Surgió hace 2500 años con los primeros escritos hipocráticos, pero decayó hasta la Edad Media.

A finales del siglo XIII aparecen breves e incompletos relatos: los *Consilium* hasta el Renacimiento cuando empieza a cobrar vigencia los *Observatio* que agregan más detalles al *Consilium*. En el siglo XVI Antonio Benivieni y Giovanni Bautista Morgagni en su famoso "De sedibus et causis morborum" introducen en los *Consilium – Observatio* los datos anatómo – patológicos, y a partir de entonces la Historia Clínica se fue ampliando con las mentalidades anatómo – patológicas, fisiopatológicas, etiopatológicas, biopatológicas y antropatológicas.

Así se configuró finalmente el actual relato patográfico.

Pero en este mundo cambiante, globalizado, donde se afronta una avalancha avasalladora de conocimientos nuevos, de estudios técnicos que parecen ciencia-ficción, y que se enfrenta a una filosofía social agresiva, desprovista de sentimiento humanitario y abarrotada de materialismo económico en el quehacer médico, la vieja, la clásica Historia Clínica, base inconvencible de la R.M.E. ha de sufrir un cambio. No sé si para bien o para mal.

Dr. Miguel Manzur

Prof. Consulto de la U.N.C.

Prof. Emérito de la U.C.C.

Conferencia pronunciada el día 24 de mayo de 2005 en el Aula Magna del Hospital Nacional de Clínicas en el homenaje a los profesionales que cumplieron 50 años de su egreso de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba.