

TIENE ALGUNA UTILIDAD LA HISTORIA CLINICA ?

Varios estudios llevados a cabo ponen en duda la utilidad de la historia clínica como una norma para mejorar la calidad del cuidado médico. En el estudio de Rodríguez y Zapata¹ se vió que la historia clínica de los pacientes de pensionado del Hospital Universitario en Cali era muy deficiente y sin embargo la proporción de apendicectomías innecesarias era más baja que en sala general, donde las historias eran completas y de muy alta calidad. En el artículo de Rogers y Guerrero, que aparece en el presente número de Acta Médica, nuevamente se ve que la historia clínica no tiene ninguna correlación con la calidad o resultados finales, ya que en los servicios de pensionado de los Hospitales Universitario y San Juan de Dios en Cali, las historias son malas y sin embargo la mortalidad es inferior a los de salas generales, donde, las historias son muy buenas y completas. Recientemente Fessel² ha mostrado que la letalidad en apendicitis e infarto del miocardio no se correlaciona con la calidad de la historia clínica.

Ante esta evidencia vale la pena reflexionar un poco sobre las funciones de la historia clínica. En líneas generales, se le puede atribuir dos grandes papeles a la historia clínica: una como herramienta de diagnóstico y otra como instrumento de registro. Es innegable que un buen interrogativo -anamnesis-, que incluya todos los aspectos de importancia en la historia de un paciente, ha sido, es y será siempre parte fundamental del diagnóstico y manejo correcto del enfermo. Como herramienta de diagnóstico, pues, la historia clínica ayer y siempre será de invaluable utilidad.

Problema diferente es el registro que el médico haga del interrogatorio cuidadoso que siempre debe hacer. Un gran número de estudios muestran que este es el aspecto que más falla y, por el cual, las historias aparecen incompletas. Como resultado de la gran cantidad de información que debe escribir el médico, éste acaba por no escribir o lo hace fraccionadamente.

En los episodios agudos, cuando diagnóstico y tratamiento van seguidos en el tiempo se puede pensar que el registro de los datos tenga poca utilidad, puesto que el médico tiene frescos en su memoria los resultados del interrogatorio. No es de extrañar que en los estudios mencionados sobre apendicitis, histerectomías e infartos del miocardio no haya aparecido la historia clínica como importante en la calidad del manejo del paciente. El caso es bien distinto cuando se

trata de procesos crónicos o de larga duración o, más aún, cuando se trata de cuidado institucional donde, muy frecuentemente, el paciente rara vez es visto por el mismo médico. En estos casos se podría pensar que un adecuado registro es parte fundamental de una buena atención médica.

Para solucionar el problema del registro se han ensayado varias fórmulas. Una es de asignar al personal auxiliar la tarea de elaborar y de registrar los datos del interrogatorio. Esta adolece del grave defecto de descargar del médico una medida que puede ser crucial en el diagnóstico (más de una vez los problemas diagnósticos se han resuelto cuando el médico vuelve a la cama del paciente a repetir el interrogatorio). La otra solución es la de precodificar el interrogatorio y elaborar unas formas apropiadas, donde el médico con un mínimo esfuerzo, vaya dejando consignadas todas sus observaciones. Que esta solución puede ser eficaz en nuestro medio lo sugiere el estudio de NEUTRA, que aparece publicado en este número de Acta Médica. En efecto, modificando y simplificando el sistema de registro prenatal en la clínica del Seguro en Cali, logró mejorar en forma substancial, la cantidad de información registrada. Estudios no publicados todavía, realizados por el Dr. Carlos Climent en el Hospital Psiquiátrico de San Isidro, muestran como haciendo un procedimiento similar, no solo se reduce el tiempo de elaboración de la historia en forma importante, sino que se logra detectar una mayor cantidad de síntomas psiquiátricos.

El uso de computadoras para archivar historias clínicas parece no estar en un futuro muy lejano. Weeds en la Universidad de Vermont, en los E.E.U.U. ha venido haciendo experimentos en ese sentido, que parecen acordes con estas ideas. Es tiempo de que el formato dé la historia tradicional, útil en el diagnóstico pero de engorroso registro, de paso a un nuevo formato precodificado y sencillo, que asegure el registro de todos los datos de importancia.

REFERENCIAS

1. Rodríguez J., Zapata, J.: Extirpación de apéndices normales como indicador de cuidado médico. *Acta Méd Valle* 1: 77-81, 1970.
2. Fessel, W. J., Van Brunt, E. E. : Assessing quality of care from the medical record. *New Eng J Med* 286: 135-138, 1972