

Historias clínicas

Dr. Baltasar Aguilar Fleitas

“Quizá me engañen la vejez y el temor, pero sospecho que la especie humana –la única– está por extinguirse y que la Biblioteca perdurará: iluminada, solitaria, infinita, perfectamente inmóvil, armada de volúmenes preciosos, inútil, incorruptible, secreta”.
La Biblioteca de Babel, Jorge Luis Borges

Amparándome con desventaja y torpeza en la cita de Jorge Luis Borges, me agrada imaginar qué amplitud y volumen tendría una biblioteca que contuviera, íntegras, todas las historias clínicas de todos los hombres y mujeres de todas las épocas, y qué inmensa enseñanza para la medicina y la humanidad supondría revisar ese material munidos de método, curiosidad y asombro. Quizás los primeros escritos conteniendo descripciones de casos clínicos hayan sido los papiros egipcios de Ebers y Smith, descubiertos en el siglo XIX, el primero sobre enfermedades médicas y el segundo sobre patología quirúrgica (figuras 1 y 2).

En los círculos académicos se insiste con razón en la imposibilidad de que haya medicina sin historias clínicas. Si esta sentencia fuera cierta y hubiera contado con el acatamiento de todos los médicos de todos los tiempos, seríamos obsequiados con una cantidad casi infinita de relatos vinculados a la relación del hombre con la enfermedad, la vejez y la muerte. Probablemente estaríamos ante la historia universal propiamente dicha en todo su esplendor, la mejor historia por su dimensión subjetiva y poco frecuentada, lejos de la historia más conocida, la de los campos de batalla, las promesas y desventuras de la economía y los intersticios del poder; sería un registro atento al dolor y al sufrimiento, a la vez que una descomunal historia de la ciencia y la medicina.

Historias clínicas I

Escrita como se nos exige desde el ámbito universitario y desde el mundo de las normas, o memorizada por el profesional (y digo esto porque en mi niñez y adolescencia vi a muy pocos médicos llevar una historia clínica, sin que por ello la atención fuera necesariamente de mala calidad), la recolección de información referida a los actos médicos, el registro de síntomas, signos, diagnósticos, tratamientos y desenlaces de las enfermedades de los pacientes, que de eso trata la historia clínica tradicional, es una herramienta fundamental para la práctica de la medicina, y antes que todo el principal recurso contra un fenómeno tan humano como el olvido.

La historia clínica permite registrar y ordenar casi toda la información sobre los pacientes, asegura la continuidad asistencial porque facilita a los profesionales recordar detalles de cada entrevista, y permite el intercambio entre colegas y con el equipo de salud. Es una fuente importante de información epidemiológica; es el núcleo básico para la docencia y la investigación clínica y patológica; los médicos legistas, jueces y fiscales verán en ella y en el dictamen pericial documentos de prueba en los juicios de responsabilidad médica; el historiador se encontrará con las mentalidades, hábitos y costumbres de distintos períodos de la historia.

Desde que somos estudiantes se nos insiste en la importancia de la relación médico-paciente como eje de la medicina, y se nos inculca que ese vínculo se expresa en la historia clínica, que ésta debe ser completa y ordenada. Las historias clínicas comunes, sin embargo, no expresan todo el rico contenido de la relación médico-paciente, porque este vínculo no está compuesto solo por palabras sino también por gestos y silencios, por actos de empatía y solidaridad, angustia por incertidumbre y también –más modernamente, con el ejercicio de la autonomía del paciente y el decaimiento del prestigio social del mé-

Curso de Humanidades Médicas. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Correspondencia: Dr. Baltasar Aguilar Fleitas

Correo electrónico: baltasaraguilarfleitas@gmail.com

El autor declara no tener conflictos de intereses.

Recibido Jun 17, 2019; aceptado Jun 26, 2019.

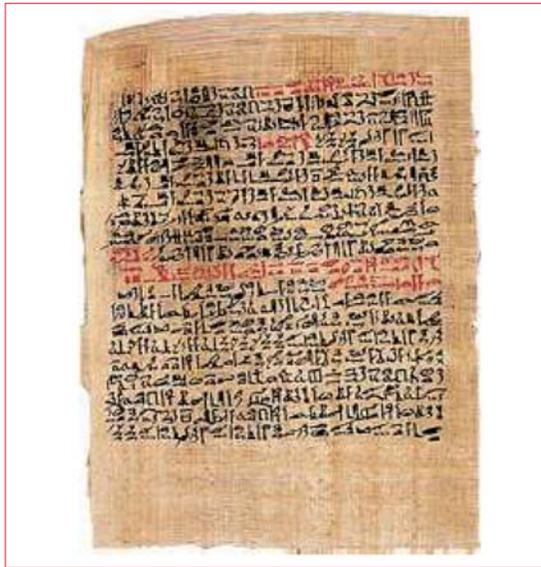


Figura 1. Papiro de Ebers.

dico-, por ira, enojo y hasta violencia. Nada de eso queda reflejado en la historia clínica cotidiana. Se confecciona un documento cada vez más escueto y no estamos lejos de una época en que los datos clínicos estén tan parcamente consignados, que baste con tildarlos, marcarlos, señalarlos en historias clínicas electrónicas preformadas más útiles a la administración y economía que a la medicina.

Pero frente a esta pobre brevedad, cabe preguntarse ¿qué es una historia clínica completa? Una historia clínica no debe ser un batiburrillo que contenga todos los datos que es posible recabar en la entrevista y examen del paciente. En tanto documento necesariamente sintético, limitado a la duración de la consulta médica y al interés del paciente y del médico en esa circunstancia y lugar, expondrá lo que es pertinente y relevante para el motivo de la consulta. Los intentos de invadir las historias clínicas con información de dudosa relevancia clínica no solo distraen la atención del médico, sino que causan perplejidad en el enfermo y tornan incomprensible un documento que debería ser claro y conciso. Ni abundante ni solo tildado, el momento presente de la historia clínica se debate entre esos extremos. Lo que resulta evidente es que los médicos clínicos debemos enfatizar y alertar que la historia clínica nunca dejará de ser un documento médico para transformarse en un documento burocrático, por más medicina gerenciada que exista.

En la entrevista médica se da una relación dialéctica entre lo descrito y narrado, de una parte, o sea la historia clínica en sí, y el “objeto” de la descripción por otra, es decir el acto médico. Registrar forma parte del acto médico y ayuda al profesional a ordenar sus ideas. Pero a la vez es un proceso inte-

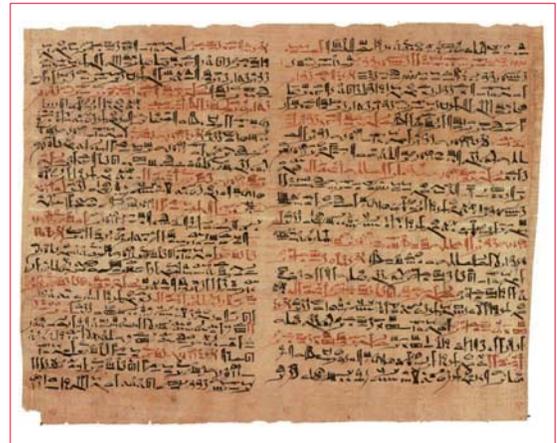


Figura 2. Papiro de Smith.

lectual propio del médico, no compartido con el paciente, y así es que registrar, escribir, narrar, sus- trae a uno de los agentes del diálogo del vínculo presencial y directo: se deja de mirar, se deja de hablar, se deja de tocar para escribir o, últimamente, para sumergirse en las complejidades de los teclados y programas informáticos. Quienes planifican estas nuevas herramientas deben pensar siempre en el eje principal, en lo medular de la asistencia que es la *RELACIÓN* entre médico y paciente. Ningún requerimiento administrativo, gerencial o contable se debe interponer entre el médico y el enfermo, los médicos no estamos ni formados ni obligados a ello, y es a todas luces desagradable vernos atendiendo más a las pantallas de las computadoras que a la cara de los enfermos, acosados muchas veces por una cantidad de exigencias que quedan fuera del ámbito clínico. La información para la gestión debe surgir de programas inteligentes que la recojan de los datos que el médico y el equipo de salud vuelcan en el ejercicio de sus funciones específicas.

El proceso diagnóstico

El documento clínico refleja el proceso intelectual que lleva al médico hasta el diagnóstico, presidido por la anamnesis. Así, la historia clínica permite conocer sobre el paciente y también conocer sobre el médico y su razonamiento, sus conocimientos y prejuicios. Las hipótesis diagnósticas que pone en juego y cómo se las ingenia para confirmarlas o refutarlas, hasta llegar a un diagnóstico de certeza o presuntivo, o a varios diagnósticos diferenciales, son fases de la entrevista acerca de las que es posible encontrar huellas en la historia clínica. Es decir, en la historia clínica también se expresa la *lex artis* en medicina. Por eso, es imprescindible que la narración sea legible, ordenada y concreta: “*El arte de escribir consiste*

en decir mucho con pocas palabras”, decía Antón Chéjov.

Este proceso diagnóstico no cumple, estrictamente, con las exigencias formales del método hipotético-deductivo. Se trata, esencialmente, de una abducción, es decir, un razonamiento donde a partir de un hecho (síntoma, signo) se obtiene una explicación probable, la mejor hipótesis que lo explique, o sea, el resultado es un enunciado que goza de la azarosa inexactitud pero también del arte y la belleza de la probabilidad. De manera que es también posible concluir, de la metasemiología de la historia clínica correctamente tomada, aspectos tan diversos como la metodología empleada, la tolerancia del médico a la incertidumbre y la capacidad de asumir riesgos a la hora de tomar decisiones.

La historia clínica es, además, el documento básico para la realización de la auditoría médica. Se entiende por auditoría médica el “...análisis crítico, sistemático y periódico de la calidad de la atención sanitaria que reciben los pacientes, usuarios o clientes de los servicios de salud. Incluyendo procedimientos diagnósticos y decisiones terapéuticas, el uso de los recursos y resultados de los mismos que repercutan en los desenlaces clínicos y en la calidad de atención del usuario o paciente”⁽¹⁾.

Historias clínicas II

En esta serie de artículos hemos dicho en varias oportunidades que en libros y revistas de medicina no están los enfermos sino las enfermedades. Los enfermos con su enfermedad auestas, con el peso de su sufrimiento, fragmentación de su unidad vital, incertidumbres y angustia existencial, están en los consultorios, hospitales y sanatorios, y también en el arte.

Captar lo que le pasa al enfermo y no solo lo que tiene el enfermo es lo que transforma a la medicina en arte. Apropiarse del *illness* o sufrimiento y no solo de la *disease* o enfermedad objetiva, permite una comprensión integral del paciente, y a la vez, ilumina zonas inexploradas de la medicina, amplía la mirada clínica y revaloriza a la propia profesión médica.

Este nuevo mirar da lugar a otras historias clínicas que son radicalmente diferentes a la historia clínica tradicional. Digamos de entrada y para no generar falsas expectativas que ni los médicos estamos preparados suficientemente para esta otra narrativa (eso es una historia clínica: una narración), ni el sistema lo permite. La masividad de la asistencia y las condiciones del trabajo médico no son apropiadas para el desarrollo de estas otras formas de medicina y de registros. Los nuevos formatos, como la historia clínica electró-

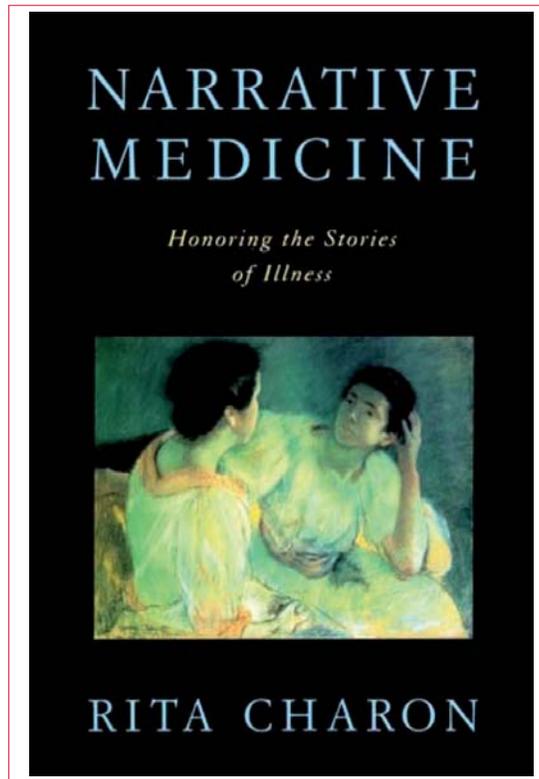


Figura 3. Medicina narrativa de la Dra. Rita Charon.

nica, tampoco han sido diseñados para recoger otros componentes de la relación médico-paciente ni los valores de ésta. No atender a esos valores puede llevar a dificultades a la hora de tomar decisiones trascendentes como, por ejemplo, la adecuación del esfuerzo terapéutico en enfermos que no hayan expresado su voluntad anticipada. Por supuesto, tampoco son apropiadas para otras maneras de adentrarse en el vasto mundo de los enfermos.

Medicina narrativa

La Dra. Rita Charon es una médica internista norteamericana, académica literaria, fundadora y directora ejecutiva del programa de Medicina Narrativa de la Universidad de Columbia, que ejerce en el Servicio de Medicina Interna en el Columbia Presbyterian Hospital, y profesora de medicina clínica en el Colegio de médicos y cirujanos de esa universidad. Es decir, es una clínica, conoce la profesión (figura 3).

La corriente de medicina narrativa que impulsa es el eje de este segundo tipo de historias clínicas según el ordenamiento que le he dado a esta exposición. La medicina narrativa se basa en que la consulta médica es un tráfico de historias, de relatos, que tienen un significado que habitualmente los médicos, acostumbrados al imperio del signo y del

Otras historias clínicas III

El ámbito de la medicina sería muy limitado y pecaría de una injusta y cruel pobreza si quedara reflejado y cristalizado solo en las historias clínicas que escribimos los médicos.

La enfermedad, el dolor, el sufrimiento, la vejez, la invalidez, la vulnerabilidad y la muerte de las personas son dimensiones de la vida demasiado importantes como para quedar grabadas solo en las frías, científicas y a menudo inexpressivas líneas de las historias clínicas tradicionales.

Por fortuna, escritores, pintores, escultores, filósofos, cineastas, dramaturgos e historiadores se apoderan creativamente de la compleja y proteiforme trama de la enfermedad y representan todo aquello que habitualmente los médicos no vemos. Y cuando digo creativamente me refiero a la posibilidad, a la fértil posibilidad de que a través del arte y la filosofía se exprese no solo lo objetivo, lo estricta, cruda y fríamente objetivo, sino también lo que esa dura roca positivista de la objetividad deja escurrir que es, ni más ni menos, la ficción, la poiesis, esa sustancia, dulce o amarga, de la que están formados los hechos, los mentirosos hechos. Conviene acá citar a Juan Carlos Onetti: “*Se dice que hay varias maneras de mentir, pero la más repugnante de todas es decir la verdad, toda la verdad, ocultando el alma de los hechos, porque los hechos son siempre vacíos, son recipientes que tomarán la forma del sentimiento que los llene*”⁽³⁾.

Médicos escritores y artistas, también escritores y artistas no médicos, han producido a lo largo de la historia obras donde se relatan estas vicisitudes esenciales del ser humano, con más deleite e intensidad vivencial que la clásica historia clínica médica.

A la corriente de medicina narrativa, a la que me he referido en el texto, caben agregar, solo a modo de ejemplo de estas otras formas de narrar la enfermedad, los siguientes enfoques:

Jorge Luis Borges. El extraordinario escritor argentino Jorge Luis Borges (1899-1986) sufrió, en 1938, un accidente en una escalera, a raíz del cual le surgen dudas sobre su capacidad para seguir escribiendo. Como resultado de ese esfuerzo, para probar que sus facultades se mantenían intactas, surgió *Pierre Menard, autor de El Quijote*, un cuento extraordinario que trata sobre la reconstrucción de la obra de Cervantes por medio de la reescritura y la lectura. Dicho accidente es parcialmente utilizado por Borges en *El Sur*, quizás su mejor cuento, donde juega con un personaje acerca del cual nos enfrenta a la duda de si lo que ocurre efectivamente sucedió en oportunidad de su viaje al sur o es producto de un delirio febril. El cuento, polisémico y de gran riqueza hermenéutica, puede también interpretarse como una narración clínica⁽⁴⁾.

Thomas Mann. El escritor alemán Thomas Mann (1875-1955), autor de varias obras memorables (*La muerte en Venecia, Doktor Faustus...*, premio Nobel de Literatura en 1929), escribió *La montaña mágica* desde 1912 hasta 1924, fecha de su publicación. En ella narra la estancia de su protagonista principal, Hans Castorp, en un sanatorio de Davos, en los helados Alpes suizos, adonde había llegado para una breve visita. Allí contrae tuber-

culosis y se ve obligado a permanecer siete años. Las historias clínicas comunes de la institución seguramente no reflejan las vivencias de Castorp y otros enfermos con la insuperable sabiduría con que lo hace Thomas Mann. Es necesario subrayar que uno de los aspectos medulares de la novela es atender a la pregunta sobre qué hacen, sienten y piensan los enfermos sometidos a prolongadas internaciones. El aburrimiento y las dimensiones del tiempo son tratados con una inigualable magistralidad por el escritor alemán⁽⁵⁾.

León Tolstói. El escritor ruso León Tolstói, autor de grandes obras de la literatura universal (*Ana Karenina, Guerra y paz...*) no recibió el premio Nobel (itampoco lo recibieron, entre otros, Jorge Luis Borges, ni Paul Valéry, ni James Joyce!) escribió en 1886 *La muerte de Iván Ilich*, donde narra la otra historia clínica de un burócrata que luego de un accidente, también en una escalera, comienza un lento y sufrimiento declive. Allí se plantea, ante las puertas de la muerte, el sentido de la vida y su rebelión ante los ocultamientos que hace su entorno ante la inevitable finitud de la existencia⁽⁶⁾.

Marguerite Yourcenar. Autora de *Memorias de Adriano*, una de las mayores obras de la literatura universal. Susan Sontag decía que venimos al mundo con una doble ciudadanía, la de la salud y la de la enfermedad, y que tarde o temprano seremos ciudadanos de esta última categoría. A veces me interrogo si los poderosos del mundo, ávidos de exhibir su presunta superioridad, tienen cabal conciencia de ese destino que los rebaja inexorablemente a la condición humana vulgar. Marguerite Yourcenar nos presenta la “historia clínica vivencial” de uno de esos poderosos, el emperador Adriano, afectado de insuficiencia cardíaca, para el cual es difícil seguir siendo emperador y mostrar sus debilidades y asquerosidades corporales frente a los demás, especialmente frente a Hermógenes, su médico⁽⁷⁾.

José Pedro Barrán. El historiador José Pedro Barrán (1934-2009) se destacó por ser uno de los autores e investigadores más fecundos de Uruguay. Autor de una extraordinaria obra en tres tomos *Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos*, publicada entre 1992 y 1995, se vale de documentos, artículos, historias clínicas y amplios registros para reflexionar sobre el poder médico y cómo quedan impresos en dichos documentos, muchas veces por obra de los propios médicos, concepciones sobre la enfermedad y posturas morales que influyen de manera muy importante y hasta determinante en la sociedad de su tiempo. En este caso la otra narrativa clínica es la que partiendo del acto médico se refleja en la sociedad⁽⁸⁾.

Fernando Mañé Garzón. El Prof. Dr. Fernando Mañé Garzón y sus colaboradores del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (doctores Pou, Pons, Turnes, entre otros) han construido una obra extraordinaria en cuanto a las biografías de grandes personalidades de la medicina nacional, a lo que cabe agregar documentos en el terreno de la patobiografía que dan cuenta de la importancia y vivencias de enfermedad y muerte en la vida de grandes personalidades de la historia nacional⁽⁹⁾.

síntoma del soma, no percibimos o no jerarquizamos. La clave está en saber qué hacer con esas historias complejas y polisémicas que el paciente nos cuenta: *“Algunas son en palabras, algunas son en silencios, algunas son en expresiones faciales, en gestos, algunas son en hallazgos físicos (...) y nosotros, los receptores de esas historias, debemos estar muy capacitados para relacionar todo lo que se nos transmite y convertirlo en una narrativa, y los médicos, enfermeros o trabajadores sociales no adquieren esas capacidades en sus facultades, no aprenden a ser lectores, intérpretes y a absorber. Eso es lo que creemos que es la medicina narrativa”* (...) *“Y esa persona que escucha, si sabe hacerlo, se enterará de algo diferente con sólo las respuestas a “¿le duele al orinar?” o “¿le falta el aliento?”. Y juntos, quien habla, el paciente, y quien lo escucha, el fisioterapeuta, la enfermera, el doctor, construirán una narración diferente de la que el paciente pensó que tenía que decir o de la que el clínico pensó que oíría”*⁽²⁾.

De modo que la medicina narrativa es una descripción, un relato de la entrevista con el enfermo, una creación activa que al escribirse y pensarse se introduce en los intersticios inexplorados del vínculo, y, por ello, *“mejora el cuidado cuando estamos capacitados para recibir lo que una persona enferma tiene que decir”*⁽²⁾.

Ese estado de receptividad y trabajo con las ideas y conceptos que se expresan o quedan ocultos en la relación médico-paciente es un fecundo adiestramiento de nuestro espíritu para ejercer la medicina con empatía y compasión. Para abarcar esos aspectos hay que tener en cuenta que el enfermo contiene más que lo que nosotros, los médicos, extraemos de él con el interrogatorio, el examen clínico y las exploraciones complementarias. El enfermo es un texto.

Baltasar Aguilar Fleitas,
<https://orcid.org/0000-0001-8916-6987>

Bibliografía

1. **Berro Rovira G.** Medicina legal: derecho médico y aspectos bioéticos. Montevideo: FCU, 2013:577.
2. **Charon R.** El que escucha tiene que poder recibir, como una gran vasija de arcilla. Intramed, Buenos Aires; 2018. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=93237> [Consulta: 4 junio 2019].
3. **Onetti JC.** El pozo. Montevideo: Signo, 1939.
4. **Borges JL.** Borges esencial. Madrid: Real Academia Española, Asociación de academias de la Lengua Española, 2017.
5. **Mann T.** La montaña mágica. Barcelona: Edhasa, 2006.
6. **Tolstoi L.** La muerte de Iván Ilich. Barcelona: Club Bruguera, 1981.
7. **Yourcenar M.** Memorias de Adriano. Buenos Aires: Sudamericana, 1974.
8. **Barrán JP.** Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos. Montevideo: Banda Oriental, 1992- 1995.
9. **Mañé Garzón F.** Última enfermedad y muerte de don José Batlle y Ordóñez: 18 setiembre - 20 octubre 1929. Rev Méd Urug. 2009; 25(1):59-68. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-0390200900100007. [Consulta: 1 mayo 2019].