

LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLINICA

Dr. Fabián Vítolo

Bien se ha dicho que la historia clínica puede ser el mejor amigo el peor enemigo del medico ante un juicio por responsabilidad profesional. A medida que el tiempo pasa y los recuerdos de la atención brindada se desvanecen la historia se erige como la prueba principal de lo ocurrido. No solo debe ser vista como un documento legal, ya que también tiene otros propósitos importantes:

- Facilitar la comunicación entre los efectores de salud
- Establecer la coordinación y continuidad en la atención
- Brindar un registro

En la historia clínica deben quedar registradas todas las actividades que desarrollan los profesionales que intervienen en la atención de un paciente. Sin embargo, son numerosos los factores que con el transcurso de los años han desplazado a un segundo plano y por ende subestimado la importancia de este documento. Algunas de las razones se encuentran en el modelo actual de atención de salud: exceso de trabajo, abuso en la utilización de métodos de diagnóstico, fragmentación y parcialización de la atención, ausencia del medico de cabecera, dar por entendido que cierto tipo de practicas, (por rutinarias), fueron realizadas sin dejar constancia escrita, entre otras

El registro escrito de la información obtenida en la atención de un paciente constituye la prueba documental mas importante, dado que marca la preocupación del medico y establece la metodología científica empleada.

La Historia Clínica debería ser:

Legible: La historia clínica no es un apunte personal. El medico no esta escribiendo solo para el, sino también para interconsultores, otros médicos en el futuro, enfermeras, etc. También pueden ser leídas en un futuro por asesores legales de pacientes demandantes y jueces. Si la letra es indescifrable, puede estar seguro que la interpretación que se hará de esos jeroglíficos será muy diferente de la que usted intente. No hay peor carta de presentación en un juzgado que una historia ilegible.

Objetiva: El medico debe remitirse a los hechos. Lo que ve, siente, huele, oye. Si tiene una opinión profesional, debe escribirla. Debe ser muy cuidadoso y no escribir especulaciones. Sus opiniones subjetivas acerca del paciente, la familia, otros médicos u enfermeras no pertenecen a la historia clínica a no ser que no estén directamente relacionados con temas clínicos. Trate de evitar términos como aparentemente, pareciera, impresiona, parece ser que, etc, etc.... No es lo mismo escribir "paciente bien" que "el paciente no se ha quejado de dolor o discomfort". No es lo mismo "durmió toda la noche" que "ojos cerrados, respiración regular".

Cronológica y Completa: Si solicita un estudio, los resultados del mismo deben figura en la historia. Si requiere una interconsulta, la misma debe quedar registrada en la documentación y debe quedar claro que usted la ha leído. Debe seguir una secuencia ordenada. Evite los papeles sueltos ya que es

demasiado fácil que estos se pierdan. La ausencia de partes fundamentales (ej: partes quirúrgicos), puede complicar una eventual defensa.

Personalizada: Cada entrada debe estar firmada y aclarada por el profesional interviniente. Muchas historias han hecho un caso imposible de defender porque es imposible saber quien es el que escribió en la misma. Esto es especialmente importante en el caso de grandes hospitales, donde muchos médicos suelen ver a un solo paciente.

Racional: En la historia debiera quedar reflejada su línea de pensamiento respecto al caso. Debe poder explicar por que usted ha tomado un curso de acción. Esto incluye la documentación de sus diagnósticos diferenciales, su tratamiento planeado, y por que descarta en ese momento otros tratamientos. Recuerde que la desviación del estándar de cuidado no constituye de por si negligencia. Sin embargo usted puede ser hallado responsable si la historia clínica no refleja la logica de su pensamiento en el momento en el que atendió al paciente.

Original: Trate de quedarse siempre con el original, no lo sustituya ni lo altere. El Código de ética reconoce al medico un derecho de conservación. También el paciente tiene derecho a tener acceso a **toda** la información que ella contenga. Si el paciente lo solicita usted debe entregarle copias de la documentación .Si comete un error proceda de la siguiente manera:

1. Trace una línea simple sobre el error, de forma tal que el texto equivocado siga siendo legible
2. Escriba la palabra "error", su firma y la anotación correcta
3. Escriba la fecha y hora de la corrección del error, si la misma fue realizada en una fecha posterior a la entrada original.

Bajo ninguna circunstancia utilice liquido corrector o tache de forma que no pueda verse lo que escribió previamente caso de un proceso judicial, esta tachaduras jugaran en su contra, sugiriendo que usted intento alterar la documentación original.

De la evaluación de las historias clínicas que llegan a sede judicial por causas donde se cuestiona el accionar medico, se detectaron como más frecuentes las siguientes faltas:

1. Letra ilegible
2. Mala redacción
3. Uso de terminología inadecuada
4. Frases entrecortadas o telegráficas
5. Uso de abreviaturas o códigos no convencionales
6. Desorden cronológico de los distintos actos médicos
7. Falta de evolución diaria u horaria de los distintos actos médicos
8. Falta de evolución diaria u horaria del paciente según el caso, con el consiguiente registro cronológico (fecha y hora) de la presentación.
9. Falta de registro de los motivos por los que no se realizaron o se retrasaron las practicas medicas (descompostura de equipos, falta o retraso de medios para el traslado, etc.)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">10. Carencia de los registros de los informes de los estudios complementarios, protocolos quirúrgicos, partes anestésicos, etc.11. Control de la administración de la medicación indicada (hojas de enfermería)12. Consentimiento informado, firmado por el paciente, o (en caso de menores o incapaces), por padres, tutores o encargados ante prácticas que así lo requieran13. Ausencia de firmas con la debida antelación14. Carencia de registro de las interconsultas15. Falta de diagnóstico de egreso (epicrisis)16. Desprolijidad en general (tachaduras, raspaduras, etc) |
|---|

Resumen

Ante el riesgo y la exposición del médico actual a recibir demandas judiciales, resulta indispensable destinar el tiempo necesario para confeccionar una documentación apropiada. La historia clínica es un documento insustituible y la mejor fuente de respaldo de lo actuado

Es por ello que se debe tomar conciencia del tema desde los primeros niveles de la educación médica.

Por supuesto, la historia debe ser el complemento de una relación médico paciente que asegure la información necesaria al paciente y a sus familiares.