

El poder educativo de la historia clínica

¿Qué implica redactar una historia clínica? No es tomar una declaración ni completar un formulario. Se trata de transformar la historia de un enfermo, en lenguaje coloquial, en un texto con terminología médica y dentro de un encuadre regulado por las instituciones profesionales. Transformar lo que el paciente dice, en lo que el médico ve¹. Es el producto escrito de otro proceso mayor, que no es más que el razonamiento médico.

Enseñar cómo debe redactarse de forma adecuada, y lograr que los alumnos aprendan a hacerlo, es un desafío mayor. No es lo mismo describir y explicar la estructura de una historia clínica, que aprender a redactarla. Esto último debería ser una competencia evaluable en términos objetivos dentro de un currículo médico, y como toda competencia, se adquiere con la práctica. Nadie imaginaría que, para aprender a volar un avión, alcanzaría con escuchar una o 100 clases teóricas al respecto. El Proyecto Tuning, en el que participaron 230 representantes de educación superior en Latinoamérica, incluyendo a la Argentina, estableció como primera prioridad, la capacidad para redactar la historia clínica como competencia de los egresados de las carreras de Medicina². Se pone así en evidencia que los mayores esfuerzos deberían dedicarse a exponer a los alumnos a situaciones de aprendizaje similares a las que realizarán durante el ejercicio profesional³.

Todos sabemos que la historia clínica consta de una primera sección que se completa con la anamnesis (subjética, pues el redactor se basa en las palabras del paciente), y otra objetiva, en la que el médico busca y registra datos evidentes, tales como los obtenidos del examen físico y de los estudios complementarios.

El motivo de consulta debería funcionar como un disparador para la selección de preguntas que el profesional le hará al paciente con el fin de lograr el objetivo más importante: reducir la incertidumbre diagnóstica. Se trata de enfocar rápidamente el problema, en lugar de lanzar las redes ampliamente. El pensamiento convergente, por sobre el divergente⁴. Nadie le realizaría la misma anamnesis al paciente que consulta por mareos, que al que busca ayuda por dolor abdominal. Si el motivo de consulta es “disnea”, el proceso consiste en ordenar los numerosos diagnósticos diferenciales según su proba-

bilidad, en base a los datos positivos o negativos que el investigador consigne.

Agrest describe la existencia de dos tipos de personalidades opuestas que influyen en la interpretación de la información obtenida, muchas veces diferente, inclusive entre colegas con la misma experiencia. Algunos médicos tienden a sobreestimar la información e ilusionarse de forma prematura (llamados *overfinders*), y otros, por contraposición, son de sentidos amortiguados (desestiman hallazgos relevantes, los *underfinders*)⁵. Si bien muchos deseáramos estar en el centro de los extremos, puede resultar difícil por características individuales y complejas de la personalidad de cada uno, cuya subestimación sería imprudente. Deriva de este concepto la conveniencia de conocer a cuál perfil se acercan, para que las interpretaciones hechas y las decisiones tomadas no solo se fundamenten en la información obtenida, sino que además se sustenten en la introspección.

El médico, formado o en formación, debe tener un papel activo en separar lo relevante de lo superfluo. Sería prudente que los docentes y tutores, se aseguraran de que los novicios sean extremadamente cuidadosos en respetar el orden de las secciones de la historia clínica, pues –una vez más– es la secuencia del razonamiento médico. Romperla es exponerse a errores de sesgo.

No puede dejar de resaltarse el valor de la escritura en la educación superior. Al escribir se ponen en marcha procesos de aprendizaje que no siempre ocurren en otras tareas. Requiere la reelaboración de ideas, que deriva en apropiación del conocimiento. Por añadidura, el alumno construye un andamiaje conceptual fundamentado en la naturaleza estable de lo escrito⁶.

Es deseable que todos, pero especialmente las nuevas generaciones de médicos, respetemos el incuantificable valor histórico, pedagógico y profesional que la historia clínica tiene, y lo transmitamos con la misma jerarquía.

Ignacio M. Santarelli

Departamento de Medicina, Hospital de Clínicas
José de San Martín,
Facultad de Medicina, Universidad de
Buenos Aires, Argentina
e-mail: isantarelli@fmed.uba.ar

1. Miranda-Bastidas CA. Clinical records: the medical writing from the patient's story to the medical narrative. *Colomb Med (Cali)* 2020; 51:e4223.
2. Tuning América Latina. 2011-2013 Innovación Educativa y Social. Competencias Específicas de Medicina. En: http://www.tuningal.org/index.php?option=com_content&view=article&id=205&Itemid=214; consultado septiembre 2021
3. Schmidt HG, Lipkin M Jr, de Vries MW, Greep JM. New Directions for medical education. Problem-based learning and community-oriented medical education. Softcover reprint of the hardcover 1st ed. New York: Springer-Verlag New York Inc., 1989, p 106.
4. Kassirer JR, Wong JB, Kopelman RI. Manual de razonamiento clínico, 2° ed. Barcelona: Lippincott Williams & Wilkins, 2011, p 5-13.
5. Agrest A. Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad, 1° ed. Buenos Aires: Libros del Zorzal, 2008, p 82.
6. Carlino P. Escribir, leer y aprender en la Universidad. Una introducción a la alfabetización académica, 1° ed. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, 2005, p 24-5.

CARNE Y ESPÍRITU

*Es cierto, la carne es débil; pero no seamos hipócritas: el espíritu lo es mucho más.
Dicho en la cantina "El Fénix", noviembre 1960.*

Augusto Monterroso (1921-2003)
Cuentos, fábulas y lo demás es silencio (Aforismos, dichos, etc.).
México D.F: Alfaguara, 1996, p 317